

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Kristýna Svobodová

Porodní plán a jeho vliv na průběh porodu

Birthplan and its influence of the course of childbirth

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šmatláková

Konzultant: MUDr. Jan Přáda

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 30. 4. 2019

Kristýna Svobodová

Podpis

Identifikační záznam

SVOBODOVÁ, Kristýna. *Porodní plán a jeho vliv na průběh porodu [Birthplan and its influence of the course of childbirth]*. Praha, 2019. 57 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Lenka Šmatláková.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Lence Šmatlákové za trpělivost, přívětivý přístup, odborné vedení a čas, který věnovala této bakalářské práci. Dále chci poděkovat MUDr. Janu Přádovi za jeho ochotu a cenné rady, které mi v průběhu psaní poskytl.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá trendem dnešní doby – porodními plány. Na počátku práce jsou rozebrány anatomické poměry ženy a změny, kterými její tělo v průběhu těhotenství prochází. V návaznosti na změny psychické jsou rozebrány psychoprofylaktické metody od úplně počátečních až po novodobé. Další kapitola pak popisuje vývoj porodnictví na území českých zemí i v zahraničí až po současnou dobu. V poslední kapitole teoretické části je popsáno, co vůbec porodní plány jsou, jak se k nim staví ošetřující personál a jak s touto problematikou souvisí pojem *Dříve vyslovené přání*.

V praktické části je cílem zjistit, zda porodní plány ovlivňují průběh porodu a jak. Byl proveden výzkum pomocí analýzy posbíraných dat. Následně byly získané informace uspořádány do grafů a tabulek pro větší přehlednost. Výsledky a cíle jsou podrobně rozepsány v diskusi.

Klíčová slova: porodní plán, těhotenství, porod, žena, porodní asistentka

Abstract

This bachelor's thesis deals with a recent trend – birth plans. The beginning of my work focuses on anatomical proportions of woman and the changes that a body goes through during pregnancy. Following the psychological changes, psychoprofylactical methods from the rudimentary to the modern ones are analysed. The second chapter describes evolution of midwifery in the area of Czech lands and abroad until present days. The last chapter of the theoretical part is focused on characterization of birth plans and what approach can a nursing staff adopt to the plans. The relationship of the birth plans and advance healthcare directive is also defined.

The aim of the practical part is to investigate the influence of birth plans on the parturition. A research was conducted through an analysis of collected data. Subsequently, the acquired information was visualised in graphs and charts to achieve clarity. The results and objectives are analysed in the discussion.

Key words: birth plan, pregnancy, childbirth, woman, midwife

Obsah

Úvod	8
1 Těhotenství	9
1.1 Anatomie ženy	9
1.1.1 Vnitřní ženské pohlavní orgány	9
1.1.2 Zevní ženské pohlavní orgány	11
1.2 Fyzické změny v těhotenství	11
1.2.1 Změny v kardiovaskulárním systému	12
1.2.2 Srdeční výdej a krevní tlak	12
1.2.3 Změny v respiračním systému	12
1.2.4 Změny v gastrointestinálním traktu	12
1.2.5 Změny močových cest	13
1.2.6 Změny v pohybovém aparátu	13
1.2.7 Kůže a kožní adnexa	13
1.2.8 Změny v reprodukčním systému	13
1.3 Psychické změny v těhotenství	14
1.4 Psychoprofylaktická příprava	15
1.4.1 Historie psychoprofylaktické přípravy	15
1.4.2 Současná psychoprofylaktická příprava	18
2 Porod	20
2.1 Historie porodnictví	20
2.1.1 V zahraničí	20
2.1.2 V českých zemích	22
2.2 Současné porodnictví	23
2.2.1 Porod bez bolesti	23
2.2.2 Přirozený porod	25
3 Porodní plán	27
3.1 Současné porodní plány	28
3.1.1 Porodní plán a dříve vyslovené přání	28
3.1.2 Názor zdravotnického personálu na porodní plány	29
4 Cíle práce	30

5	Metodologie výzkumu	32
5.1	Metoda sběru dat	32
5.2	Harmonogram postupu.....	32
5.3	Výzkumný soubor	32
5.4	Metoda zpracování a analýzy dat.....	33
6	Výsledky výzkumu	34
7	Diskuse... ..	46
8	Závěr... ..	48
9	Seznam zkratk.....	49
10	Seznam grafů	50
11	Seznam tabulek.....	51
12	Seznam literatury	52

Úvod

Těhotenství a porod jsou nejdůležitějšími chvílemi v životě každé ženy. Je to období, kdy se připravuje na přijetí role matky a snaží se vyrovnat se všemi změnami, kterými její tělo i mysl prochází. Je to dlouhých devět měsíců, během kterých žena prožívá pocity nejistoty, strachu a možná i nesnází souvisejících s těhotenstvím. Po překonání tohoto, z pohledu těhotné ženy, dlouhého období přichází situace ještě náročnější a tou je porod. Jde o téma mezi ženami hodně diskutované, opředené mnohdy řadou polopравd a mýtů. A proto není divu, že se ženy snaží jaksi *pojistit*, aby právě ta jejich chvíle byla nezapomenutelným a krásným zážitkem. A ke slovu se tak dostávají porodní plány.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou porodních plánů. Práce by měla ukázat, jakým způsobem mohou, ne zcela správně sepsané porodní plány, či porodní přání chceme-li, ovlivnit samotný průběh porodu. Toto téma jsem si vybrala, protože mě velice zajímalo, s čím se pod pojmem porodní plán vlastně můžeme setkat, co vše ukrývá. Zároveň jsem chtěla zjistit, zda sepsaná přání ovlivňují nějakým způsobem práci zdravotnického personálu a současně probíhající porod.

V první kapitole práce najdeme rozepsané období těhotenství. Součástí kapitoly je popis anatomické stavby ženy ještě před otěhotněním a následné změny, kterými její tělo prochází. Týká se to změn fyzických, které jsou zde popsány stručně, vzhledem k tématu práce, ale i psychických. V návaznosti na psychiku jsem zde zařadila i podkapitolu týkající se psychoprofylaxe a jejího vývoje. V druhé kapitole se věnuji vývoji porodnictví českému i zahraničnímu. V kapitole najdeme také výčet možností tlumení bolesti v dnešní době. Kapitola třetí a zároveň poslední z teoretické části pojednává už o samotných porodních plánech.

V praktické části vyhodnocuji data, získaná studiem ošetrovatelských dokumentací žen, s porodními plány. Na základě těchto dat se snažím odpovědět na stanovené cíle a potvrdit je či vyvrátit vlastní hypotézy.

Teoretická část

1 Těhotenství

Těhotenství je bezesporu nejkrásnějším obdobím v životě ženy. Jde o stav, kdy se její tělo stává místem vývoje nového života, a to od koncepce, kdy dojde ke splnutí ženské a mužské gamety za vzniku diploidní zygoty (oplozeného vajíčka s genetickou informací od matky i otce), až do porodu zralého plodu. Fyziologicky toto období trvá přibližně 280 dnů tzn. čtyřicet týdnů, což odpovídá deseti lunárním měsícům. Vzhledem k různorodým změnám probíhajících v těhotenství, bylo zavedeno dělení na trimestry, kdy první trimestr trvá do 12. týdne, druhý do 28. týdne a třetí od 28. týdne až do porodu. Další možnost rozdělení jednotlivých částí těhotenství je na období blastogeneze (vývoj oplodněného vejce od splnutí gamet do cca 15. dne), embryogeneze (vývoj základních orgánových soustav, od 3. do 9. týdne) a fetogeneze (růst, zrání a funkční diferenciaci od ukončení embryogeneze až do porodu) (7).

1.1 Anatomie ženy

Pánev vytváří ochranou schránku pro některé orgány v břišní dutině. Můžeme ji rozdělit na pánev velkou a malou, přičemž malá je místem uložení ženských pohlavních orgánů. Tyto orgány lze také rozdělit, a to na vnitřní (vaječníky, vejcovody, děloha) a zevní (malé a velké stydké pysky, žlázy). Zevní a vnitřní orgány jsou propojeny pochvou (25).

Pánev je tvořena křížovou kostí, kostrčí a dvěma pánevními kostmi. Ty vznikly spojením původně tří jednotlivých kostí – kost sedací, stydká a kyčelní. Vpředu pánevní kosti spojuje spona stydká, vzadu je vytvořen křížokyčelní kloub. Značné rozdíly můžeme najít při porovnání mužské a ženské pánve. Pánev ženy, vzhledem k budoucím těhotenstvím, je větší než pánev muže, vrcholy jsou od sebe více vzdálené. Promontorium, které by mohlo tvořit překážku při probíhajícím porodu, není tak výrazné. Kostrč je více elastická za účelem větší pohyblivosti. V porodnictví byly zavedeny čtyři tzv. pánevní roviny. Jsou to rovina pánevního vchodu, pánevní šíře, pánevní úžiny a poslední rovina pánevního východu (25).

1.1.1 Vnitřní ženské pohlavní orgány

Prvním vnitřním orgánem jsou vaječníky. Jde o párový orgán uložený v malé pánvi, jehož velikost je úměrně závislá věku a vývoji každé ženy. U mladých dívek, před nástupem puberty, jsou vaječníky hladké, později se však na povrchu objevují drobné hrbolky tvořené folikuly a drobné jizvy po proběhlých ovulacích. Po skončení reprodukčního období vaječníky začínají atrofovat. Ovaria jsou pohyblivá a úpon zajišťuje vazivo. Jejich poloha se pak odvíjí od toho, zda žena již rodila nebo je nullipara. Povrch vaječníku je krytý jednovrstevným kubickým epitelem, pod kterým

se nachází vazivové pouzdro. Vnitřek ovaria se rozděluje na kůru s folikuly a na dřev s vazivem, cévami a nervy. Od nástupu puberty až do období menopauzy dochází k paralelnímu zrání folikulů. Zralý folikul, jinak nazývaný Graafův, se klene ve stěně vaječníku, posléze praská a nastává transport uvolněného vajíčka vejcovodem, kde je buď oplozeno či nikoliv. Popsaný děj se nazývá ovulace. Co se týče cévního zásobení ovarií, je zde několik zdrojů. První je z břišní aorty odstupující arteria ovarica a druhý ramus ovaricus arteriae uterinae, přičemž mezi oběma vznikají spojky probíhající kolem vejcovodu. Odkysličená krev pak odtéká pomocí vena ovarica (25).

Další navazující částí ženských orgánů jsou vejcovody. Jde o párový dutý orgán o délce 10-15 centimetrů, který na jedné straně ústí do dutiny břišní a na druhé je spojen s dutinou děložní. Je tvořený dvěma vrstvami svaloviny, přičemž vnitřní je kruhová a vnější podélná. Rozlišujeme čtyři základní části: infundibulum, ampulla, isthmus a pars uterina (25).

Nejdůležitější orgán, z hlediska těhotenství, je bezesporu děloha. Má tvar zploštělého komolého kužele a opět jde o dutý orgán. Tvar i velikost se odvíjí od věku ženy. Děloha mimo těhotenství váží kolem 40 gramů a ke konci gravidity může vzrůst její hmotnost až na jeden kilogram. Je tvořena tělem, které na kraniálním konci vybíhá v rohy dělohy, odkud odstupují vejcovody. Následně v kaudální části přechází v děložní hrdlo, které spojuje dělohu s pochvou. Hrdlo je rozděleno na horní a dolní část, přičemž dolní se klene do pochvy a lze ho zde pozorovat jako čípek. Složení děložní stěny je rozloženo do čtyř vrstev. První je samotná sliznice, označená jako endometrium, která má dvě části: zona functionalis, kde probíhají veškeré změny při menstruačním cyklu a zona basalis, ta zůstává beze změny. Na sliznici navazuje svalovina (myometrium) obsahující mimo svaly i příměs vaziva, cévní zásobení, lymfatické cesty a autonomní nervy. Podle zásobení cévami ji můžeme také rozdělit do čtyř vrstev – stratum submucosum, vasculosum, supravasculosum, subserosum. Třetí vrstvou děložní stěny je subserózní vrstva, která zvolna přechází v poslední část – parametrium. Těmito spoji vznikají excavatio vesicouterina a excavatio rectouterina (Douglasův prostor), což je mimo jiné nejnižší místo břišní dutiny. Uložení dělohy v malé pánvi závisí na obsahu jiných okolních orgánů a na poloze celého těla. Nejběžnější postavení je kombinace anteverze, kdy je děloha nakloněná vpřed pod úhlem 70-100 stupňů a anteflexe, kdy úhel dopředu ohnuté dělohy je přibližně 150 stupňů. Cévní zásobení dělohy zajišťuje arteria uterina a větve z arteria ovarica (25).

Orgánem spojujícím vnitřní a zevní pohlavní orgány je pochva, jež má funkci pohlavní a kopulační a slouží mimo jiné k odvodu menstruační krve, měří asi osm centimetrů. Je tvořena svalovinou a vazivem. U dívek a žen, které dosud neměly pohlavní styk, je pánevní vchod uzavřen panenskou blánou. Při prvním styku dojde k roztržení a po porodu zůstávají pouze carunculae hymenales. Stěnu pochvy tvoří

sliznice z nerohovějícího dlaždicového epitelu, vrstva hladké svaloviny a vazivo, upevňující pochvu k malé pánvi. Sliznice mění svou pigmentaci v průběhu hormonálních změn. Krevní zásobením zajišťují arteria vaginalis, větve arteria rectalis media a větve z arteria pudenda interna (25).

K tomu, aby děloha společně s pochvou setrvaly ve stejné poloze a nedocházelo k jejich samovolnému pohybu, slouží podpůrný aparát tvořený musculus levator ani a závěsný aparát. Aparát závěsný, označovaný jako parametrium, tvoří vazivové snopce či pruhy, které vystupují z dělohy do subserózního vaziva. Jsou zde párové vazy, ke kterým patří hlavní děložní vaz (ligamentum cardinale uteri). Ten odstupuje z boční části dělohy přibližně na úrovni istmu ke stěně pánevní. Další vaz vede od hrdla děložního ke křížové kosti a je to vaz křížovoděložní (ligamentum sacrouterinum). Posledním párovým vazem patřícím k závěsnému aparátu, avšak nepodílejícím se na fixaci dělohy a pochvy, je oblý děložní vaz (ligamentum teres uteri). Prochází tříselným kanálem a upíná se do vaziva malých stydkých pysků (7).

1.1.2 Zevní ženské pohlavní orgány

Velké stydké pysky jsou asi osm centimetrů dlouhé, tukem vyplněné útvary, kryjící poševní vchod. Vpředu a vzadu je spojují commissura labiorum anterior a posterior. Na povrchu jsou kryty sekundárním ochlupením a jsou zde od puberty činné mazové a potní žlázy. Vnitřní část velkých stydkých pysků má spíše podobu sliznice. Celkový vzhled se pak odvíjí od věku ženy či dívky, od výživy i od počtu porodů. Jejich funkce je především ochranná (25).

Malé stydké pysky jsou valy uložené pod velkými stydkými pysky, někdy zcela zakryté, jindy prominují a přesahují je. Rozdíl je v podkladu, jelikož u malých stydkých pysků je základním stavebním prvkem vazivo. Ventrálně vytváří dvě řasy, kdy první končí nad klitorisem a společně s druhou vytvoří předkožku. V dorzální části se volně zanořují do velkých stydkých pysků (25).

1.2 Fyzické změny v těhotenství

Těhotenství provází řada fyzických změn, které se týkají téměř všech orgánových soustav. Tyto změny vznikají jako důsledek přizpůsobení těla ženy na nároky vyvíjejícího se plodu a současně zabraňují poškození mateřského organismu v

těhotenství ale i během porodu. Většina fyzických změn je reverzibilních a po porodu se navrátí do původního stavu (17).

1.2.1 Změny v kardiovaskulárním systému

Změny v této soustavě jsou velmi výrazné oproti stavu před graviditou. V průběhu těhotenství je potřeba pokrýt kromě mateřského oběhu, který zvyšuje svůj objem o 30-50 %, i vytvářející se uteroplacentární cirkulaci. Pokud žena netrpí již před otěhotněním žádnou chorobou srdce a plic, toleruje změny bez větších problémů. V opačném případě mohou ohrozit jak matku, tak plod. K velké části těchto změn dochází již v rané fázi těhotenství. Z hemodynamických změn je nejdůležitější zvýšení minutového srdečního výdeje a snížení periferního odporu. Nesmíme opomenout ani změnu srdeční frekvence, tepového objemu či anatomické polohy srdce, z důvodu tlaku dělohy na bránici (17).

1.2.2 Srdeční výdej a krevní tlak

Zvýšení srdečního výdeje je přímo úměrné nárůstu tepové frekvence a tepového objemu. Hodnoty tepové frekvence se zvyšují přibližně o patnáct úderů za minutu oproti stavu před otěhotněním. Samotný srdeční výdej dosahuje nejvyšších hodnot kolem 30. – 34. týdne gravidity, a to až na devět litrů za minutu v klidovém stavu. Běžná hodnota u dospělého člověka činí cca pět litrů za minutu. Tento stav zůstává až do porodu stálý. Hodnota srdečního výdeje úzce souvisí s polohou těhotné. Především v posledních týdnech gravidity může několikanásobně zvětšená děloha utlačit dolní dutou žílu a tím ovlivnit, respektive snížit žilní návrat. V důsledku toho hrozí špatné zásobení placenty kyslíkem a následná hypoxie plodu. Proto těhotným ženám doporučujeme polohu laterální, abychom mohli předejít riziku vzniku hypotenzních stavů (3). Krevní tlak se však v těhotenství zpravidla i přesto snižuje. Tyto změny se týkají hlavně tlaku diastolického, zatímco systolický se téměř nemění (7).

1.2.3 Změny v respiračním systému

Rostoucí děloha ovlivňuje také respirační systém, čehož si lze všimnout kolem 20. – 24. týdne gravidity, po této době je břišní dýchání nahrazeno hrudním. Bránice je totiž vytlačována a umístí se přibližně o čtyři centimetry výše než obvykle. To má za následek snížení reziduálního objemu, na což reaguje hrudní koš. Ten plicím umožní tuto redukci snížit a zvětší svůj průměr i obvod. Vzroste spotřeba kyslíku, inspirační objem, minutový respirační a kyslíkový objem. Frekvence dechu a dechová a vitální kapacita se nemění (25).

1.2.4 Změny v gastrointestinálním traktu

U většiny žen můžeme v začátku těhotenství pozorovat nauzeu a zvracení. Později se objeví pálení žáhy. Tyto obtíže jsou většinou důsledkem působení progesteronu na hladkou svalovinu trávicího traktu. Jeho vlivem se snižuje tvorba

žaludečních šťáv a motilita nejen žaludku ale i střev, což následně vede k obstipaci. Ženy pociťují daleko větší chuť k jídlu a mají větší pocit žízně (7).

1.2.5 Změny močových cest

Společně se zvýšeným průtokem krve ledvinami také roste glomerulární filtrace. Její hodnoty stoupají přibližně o 60 % již v prvních týdnech těhotenství. Při dovršení posledního měsíce gravidity dochází k jejímu mírnému poklesu. Mimo to se mění i anatomické dispozice a to tak, že pánvička ledvinná a močovody se rozšiřují. Těhotné ženy také mívají větší sklon k různým močovým infekcím (7).

1.2.6 Změny v pohybovém aparátu

S tím, jak narůstá hmotnost, dochází u gravidních žen k posunu těžiště na dolní končetiny a mění se postoj a rovnováha těla. Výsledkem je vznik bederní hyperlordózy, což způsobí značnou nerovnováhu. K vyrovnání naopak poslouží cervikotorakální kyfóza. Často si ženy v pokročilé fázi těhotenství stěžují na bolesti zad, a to zejména v křížové oblasti, která je způsobena enormním tlakem na svaly v této oblasti. Součástí přípravy organismu na porod je také rozvolňování vaziva v oblasti pánve působením hormonu relaxinu. K největšímu uvolnění dochází v sakroiliakálních kloubech a v symfýze, což má napomoci snadnějšímu průchodu plodu tvrdými porodními cestami (25).

1.2.7 Kůže a kožní adnexa

Výraznou změnou v těhotenství je bezesporu pigmentace, která se zvyšuje působením estrogenů a progesteronu. Tyto změny se týkají zejména bradavek, střední linie mezi podbříškem a pupkem (linea fusca), pupku, vulvy a hráze. V oblasti břicha, hýždí a nader se objevují zprvu růžovofialové strie, které později změní svou barvu na bělavou až stříbřitou. Strie, na rozdíl od pigmentových změn, po porodu zcela nevymizí (25).

1.2.8 Změny v reprodukčním systému

Je zřejmé, že reprodukční orgány prochází v těhotenství nejvýraznějšími změnami. Zejména děloha, na kterou působí velké množství hormonů, mění svou konzistenci i barvu, je více prokrvená, prosáklá, s chabým tonem a s přibývajícími měsíci zaujímá v malé pánvi a dutině břišní jiné uložení. S tím, jak roste, dosahuje až k žebernímu oblouku, následně ale v posledním měsíci lehce klesá. Z důvodu vyklenutí bederní páteře (viz Změny v pohybovém aparátu) a promontoria dochází k vychýlení klasické polohy dělohy. Důsledkem tlaku sestupného tračníku se uchyluje, ve většině případů, do dextroverze. Zároveň dochází k dextrotorzi, jelikož levá hrana je blíže k břišní stěně. Následná poloha dělohy pak ovlivňuje postavení plodu. Jak už bylo popsáno v předchozích kapitolách – na konci těhotenství může být hmotnost dělohy až 1000 gramů. Kaudálně se pak nachází hrdlo děložní s modrofialovým

zabarvením, tvořeno kolagenní pojivovou tkání. Postupně dochází k jeho měknutí a zkracování. Působením cervikálních žláz vzniká hlen, který je uchován v děložním kanálu. To umožní vytvoření tzv. hlenové zátky, která brání vstupu infekce. V době porodu u primipar dochází nejprve ke zkrácení hrdla, jeho následnému spotřebování vzniku děložní branky. U multipar se hrdlo děložní zkracuje současně s dilatací branky. Změny se týkají i pochvy. Ta se v graviditě prodlužuje a poševní sliznice získává jinou barvu. Vzhledem k působení leukocytů a laktobacilů vzrůstá poševní sekrece, což se projeví hustým, bělavým výtokem. V rané fázi těhotenství se projevují změny i v mléčné žláze. Ženy mohou pozorovat napjaté prsy, které zvětšují svůj objem. Bradavky i prsní dvorce jsou více pigmentované (25).

1.3 Psychické změny v těhotenství

Mimo tělesných znaků a funkcí se změny týkají také psychiky těhotné ženy. Vyskytují se u všech gravidních bez rozdílu věku nebo etnika, a nerozhoduje ani to, zda těhotenství bylo plánované či nikoliv. Tyto změny ovlivňují především sociální a ekonomické faktory, postoj celé rodiny k probíhající graviditě a samotná povaha těhotné. Sama nastávající matka vnímá toto období jako nutnost opustit svůj dosavadní život i naučené modely chování a následně reorganizovat osobní priority a vžít se do, pro ni zcela nové a neznámé, role. Celá tato fáze je tedy ve většině případů doprovázená pocity úzkosti, nejistoty a zmatku. Je nezbytné, aby žena byla v danou chvíli bezpodmínečně přijata svým nejbližším okolím. Podobně jako u fyzických změn, i v tomto směru můžeme těhotenství rozdělit do tří trimestrů, přičemž v každém z nich si žena prochází odlišnými pocity. V prvním trimestru se stává více uzavřenou, trápí se pochybnostmi, může být více náladová. Všímá si změn na svém těle. Za cíl první fáze se považuje akceptace gravidity. Druhá fáze nastává v momentě, kdy si žena poprvé povšimne aktivity plodu. To ji pomáhá si plně uvědomit těhotenství a dokazuje přítomnost další živé bytosti. Žena se cítí dobře a povětšinou šťastně. Následuje překlenutí do trimestru třetího, který je směsicí obav a radosti v jednom momentě. Žena má strach z předčasného porodu i z porodu samotného, zároveň si však přeje mít dítě již u sebe. Postupně se z těhotné ženy stává matka, přičemž tento proces vyžaduje několik po sobě jdoucích operací. První z nich je imitace. Žena má snahu převzít chování osob ve stejné situaci, ve které se ona nachází – tzn. těhotenství. „...jako příklad může sloužit oblékání se do typicky těhotenských šatů.“, uvádí Roztočil (25). Ve druhé fázi dochází ke hraní rolí a těhotná zkouší zaujmout svou novou roli např. starostí o něčí dítě. Fantazie je třetí fází tohoto procesu. Dochází k vytváření představ o dítěti, jeho vlastnostech a vzhledu. Poté nastává introjekce – žena provede projekci u jiných osob a představí si sebe samu v dané roli. Zhodnotí své chování a buďto ho uzná za vhodné a přijme ho nebo naopak. Poslední operací je pak smutnění. To vyplývá z nutnosti opustit svůj dosavadní život takový, jaký byl a uvědomění si, že dojde k výrazným změnám. Tato fáze je spojená s nostalgií. Příchod potomka

ovlivňuje nejen nastávající matku ale i jejího partnera, budoucí prarodiče či starší děti. Je proto nutné uvést rodinné role zpět do rovnováhy (25).

1.4 Psychoprofylaktická příprava

Ženy prožívají porod velmi individuálně. Lze říci, že tyto rozdíly vyplývají z jednotlivých kulturních zvyků a vlivů. Proto se začalo přemýšlet nad tím, zda by nebylo možné porod ženám usnadnit jakousi aktivní přípravou, vzhledem k tomu, že ženy v některých zemích dokáží prožít porod téměř bezbolestně. Nicméně v každé takové kultuře se vyskytují rituály a s nimi spojené metody, které od bolesti pomáhají – je to používání nejrůznějších bylin, masáží, potravin atd.. Tyto zkušenosti se předávají po generacích. Původním cílem příprav k porodu bylo tedy především utlumit porodní bolesti, nikoliv jen ženě přednést, co vše ji v průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí čeká a jak se při jednotlivých etapách chovat. Evropané, kteří vycestovali do zámoří, přinášeli zprávy o domorodých ženách, jejichž porod trvá kratší dobu a je snazší. Na strachu z porodu a porodních bolestí mělo vliv i lékařské vedení porodu, které se dostávalo na západě kolem 18. století do popředí. Matky se obávaly a žily s dojmem, že porod je výrazně ohrožuje na životě a z tohoto důvodu rodily v bolestech (24).

1.4.1 Historie psychoprofylaktické přípravy

Na počátku 20. století se, nezávisle na sobě, na Ukrajině a v Anglii začaly objevovat metody přípravy ženy k porodu, jejichž cílem bylo tlumení bolestí k porodu neodmyslitelně patřících. Zakladateli byli povětšinou lékaři. Naopak dnes se tyto kurzy svěřují do rukou porodních asistentek a absolvuje je většina těhotných. Očekávají, že je dokáží připravit na porodní děj (11).

Podkladem pro přípravu žen k porodu byla hypnosugesce. Nejstarší zmínka o porodu v hypnóze pochází z konce 19. století a je spojována s Alexanderem von Oettingenem. Ten se svými spolupracovníky vycházel z práce leningradských psychiatrů, z jejichž metody se vyvinula porodnická psychoprofylaxe, dnes známá jako Lamazova metoda (12).

Mnoho lékařů se snažilo přispět k této oblasti porodnictví, a tak vznikaly nejrůznější typy příprav.

Dick – Readova metoda

Lékař z Anglie Dick Read se zabýval začátkem 20. století otázkou, proč jsou ženy během porodu stažené a nedokáží se uvolnit, když během praxe v Londýně, ale i v Kongu viděl klidné, rodící ženy, jejichž porody byly přirozené a nefarmakologické.

Došel k názoru, že bolesti vycházejí ze strachu. Evropské ženy si podle něj ne zcela uvědomovaly vlastní tělo (24). To mělo za následek vznik mechanického syndromu *strach – napětí – bolest* z důvodu aktivace sympatiku, což vedlo k hypoperfuzi tkání a k následnému vzniku bolesti. Předcházet tedy tomuto stavu tím, že naučil ženy relaxovat a nezmiňoval komplikace, které mohou nastat v průběhu porodu (4). Soustředil se na ženy ve třetím trimestru, kterým věnoval 6-8 lekcí přípravy. Učil je správnému dýchání, správnému tlačení při porodu, seznamoval je s procesy probíhajícími v těle ženy. Součástí byla i snaha o zmírnění úzkostí díky přítomnosti porodníka a nácvik uvolňovacích cvičení. Tato metoda byla založena na vysvětlení, díky kterému žena dosáhne důvěry nejen v personál, ale především ve vlastní tělo, což povede k uvolnění a zmenšení bolestí (24).

Sovětská škola – Velvovskij

V ukrajinském městě Charkov vytvořil Velvovskij metodu psychoprofylaxe, kterou dnes známe pod názvem Lamazova metoda. Využíval fyziologické principy objevené I. P. Pavlovem. Zastával názor, že porodní bolesti vycházejí z podmíněných reflexů, negativních emocí či ze vztahů mezi procesy podráždění a útluhu v kůře mozkové. Velvovskij se pokoušel navýšit aktivitu kůry a vytvořit tak pozitivní centrum podráždění, což mělo zamezit přenesení vzruchů bolesti do vědomí ženy. Z toho důvodu zavedl nejrůznější techniky, které by tomu měly být nápomocné – sledování frekvence stahů, hluboké dýchání během kontrakcí apod. Později to, společně s dalšími lékaři, pojmenovali *Metoda psychoprofylaktické přípravy těhotných k porodu*. Ta se prvního využití dočkala v polovině 20. století v Rusku (24).

Lamazova metoda

Jak již bylo zmíněno výše, lékař Fernand Lamaze se nechal ruskými kolegy inspirovat, metodu od nich převzal a upravil k obrazu svému. Jako cíl si stanovil bezbolestný porod, kterého lze dosáhnout pouze se ženou, vnímající porod jako pozitivní a krásnou věc a s takovou, která by byla schopná naučit se odpovídajícím uvolňovacím technikám. Metoda měla úspěch nejen v Evropě ale i ve Spojených státech a Japonsku. Ženy byly vybírány a vzdělávány. Gravidní žena navštívila 8 až 12 lekcí již v prvních třech měsících gravidity. Nezbytné bylo, aby byl v průběhu lekce přítomný partner, a to jak v praktické, tak i teoretické části. Lekce obsahovaly vysvětlení podstaty metody (použití Pavlových reflexů), duševní výchovu, oproštění od negativních myšlenek, praktickou výchovu, dechová cvičení a výcvik partnera i personálu, jakožto podpory ženy. Lamaze chtěl, aby ženy vnímaly porod jako

nezapomenutelný pozitivní zážitek, a proto nevylučoval ani aplikaci léků tlumících bolest a zásahy porodníků (24,12).

Metoda Zilgrei

Autoři této metody spoléhali na kombinaci dechu a polohových cvičení. Řídili se heslem: *Pohyb je život, život je pohyb. Čím méně pohybu, tím méně života. Když ustane pohyb, skončí život. Život a pohyb jsou jedno a totéž.* Základem této metody bylo tedy ženu naučit správnému držení těla především kvůli změně těžiště a tím odlišnému zakřivení páteře. Žena se během průběhu porodu pohybuje, čímž uvolňuje pánev a dítě má tak snadnější vstup do porodních cest. To má za následek i zmírnění bolesti (24).

Frederick Leboyer

Tento francouzský lékař, který je autorem knihy *Porod bez násilí*, zastával teorii tzv. něžného porodu. Podle něj neosobní prostředí porodních sálů vybavených přístroji, hluk a nepříjemné světlo vyvolávají u rodičky negativní pocity. Žena je vystavena stresu, což snižuje efektivitu a rychlost porodu. Vytyčil zásady, které by měly být splněny. Mezi ně patří vytváření vztahu k dítěti ještě před porodem, trpělivost a soustředění během porodu, prostředí porodního sálu má být příjemné, teplé, nebudou zde žádné rušivé elementy ani světlo. Pokud porod probíhá fyziologicky, není třeba žádných zásahů a podání léků. Dítě se po narození zbytečně nestimuluje a položí se na břicho matky, která mu může masírovat záda. To vše v naprostém tichu, dovoleno je maximálně šeptat. Po přestřihnutí pupečníku, který se nechává dotepat, je dítě uloženo do lázně o teplotě 38° C. Následně se může provést jeho ošetření a umístit na levou stranu matčina těla, kde slyší tlukot jejího srdce. V neposlední řadě podporoval plný rooming-in (4, 24).

Z Leboyerovy práce vycházel Michel Odent, avšak ten se ve své práci zaměřuje více na ženu, která má aktivní roli. Vycházel z poznatků, posbíraných na svých cestách po Africe. Kritizoval vyšetření za pomoci ultrazvuku či kontinuální monitoring plodu pomocí CTG. Kritice nešla ani epidurální analgezie. Jeho zásady pro vedení porodu se částečně shodovaly s těmi Leboyerovými. Především co se týče prostředí sálů – teplo, ticho a přítomnost, klidné místo či provádění porodnických zásahů. Žena se s personálem a prostředím seznámí již během těhotenství. Podporoval výběr polohy při porodu matkou a její potřebu dělat hluk, porod do vody nebo jen použití teplé lázně ke zmírnění bolesti. Co se týče přítomnosti partnera, záleží dle Odenta na typu muže. Někteří mohou působit i negativně (24).

I přes oblíbenost psychoprofylaktické přípravy se její užívání nevyhnulo krizi. Hlavním důvodem bylo očekávání většího analgetického efektu, který nenastal.

Oproti 50. – 60. letům, kdy se objevovaly samé pozitivní a vychvalující články s odkazem na analgetický účinek, v letech sedmdesátých došlo k poklesu zájmu o psychoprofylaxi. Zjišťuje se totiž, že nepůsobí analgeticky podle očekávání. Dochází k formálnímu provádění až nakonec téměř zaniká. Do situace vstoupil kanadský lékař Ronald Melzack, který přišel na to, že ženy jsou individuální bytosti a každá bolest vnímá a prožívá jinak. Současně objevil rozdíly mezi lektory kurzů. Někteří byli schopni snížit bolest i o 30 %, avšak ani to nestačilo a byla nutná aplikace farmak. Z toho vyplynul nový koncept, který ženy seznamuje se skutečnostmi, týkajícími se porodu, a to včetně možných komplikací. Ženy tedy měli realistické představy a vyhnuly se tak například poporodním pocitům zklamání z vlastního selhání (12).

Psychoprofylaxe u nás

Všechny zde zmíněné typy psychoprofylaktických metod pochází ze zahraničí, kde byli oproti Československu napřed. Na českém území se začala Velvovského metoda šířit až v polovině 20. století. Nicméně se nekonal očekávaný úspěch. Na počátku metoda všemi vychvalována, jež byla předávána i velkému počtu žen naráz, se zaváděla i v místech bez vhodných podmínek. To mělo za následek úpadek účinku a následně ukončení přednášek. Další pokusy o šíření nastaly kolem roku 1980, čemuž napomohli MUDr. Pavel Čepický a PhDr. Marie Pečená. Celý koncept spočíval ve zmírnění úzkosti a strachu z porodu a získání reálného postoje k porodu. Dostupné jsou dvě úrovně. Základní, dostupná všem ženám, pod vedením porodní asistentky, či nadstavbová, kterou má na starost psycholog nebo psychoterapeut a je doporučena pro ženy s psychologickými rizikovými faktory. Příprava se zúčastní skupina malého počtu (cca osmi žen), jež dochází na šest hodinových lekcí. Využívají se metody diskuse i praktického nácviku. Ženy se zde dozvídají informace o průběhu gravidity, o stravě v tomto období, změnách, kterými prochází jejich tělo i psychika. Jsou seznámeny s příjmem do porodnice a průběhem první a druhé doby porodní, následným šestinedělím včetně kojení (24).

1.4.2 Současná psychoprofylaktická příprava

Současné metody vycházejí z programu českých lékařů a je standardní péčí poskytovanou nastávajícím matkám, která patří ke kompetencím porodní asistentky. Kurzy či lekce pořádají jak soukromé gynekologické ordinace, tak i porodnice. Lekce probíhají v malé skupince lidí a partner může či nemusí být přítomný. Na první dvě lekce přijdou účastníci v první polovině gravidity a zbylé čtyři absolvují po 32. týdnu (12).

Při vedení kurzů je možno použít nejrůznější metody. Nejčastější formou je přednáška, kdy kromě porodní asistentky mohou být přizváni i neonatolog, psycholog apod., kteří do povídání zahrnou i témata o novorozenci nebo o psychických změnách

po porodu. Přednáška je důležitá k předání podstatných informací. Další používanou metodou je promítání videozáznamů například samotného porodu či možností polohování při kojení. Následně je prostor k otevřené diskusi a dotazům ze strany účastníků. Nedílnou součástí jsou praktické nácviky probíraných témat – správné dýchání, polohování nebo masáže (10).

Porodní asistentka vedoucí kurzy musí být vyškolená s dostatečnou praxí, schopností pracovat se skupinou a s komunikační schopností. Součástí dnešních kurzů se také stalo povídání o užití Bachovy esence, aromaterapie a akupunktury, šířící se k nám z ostatních evropských zemí. Žena si z kurzu odnáší informace ale i pocit opory, ať už ze strany ostatních matek, tak i odborníků (24).

Předporodní kurzy dávají ženám mnohem větší rozhled a zároveň si více uvědomují, jakými změnami prochází jejich tělo po fyzické i psychické stránce. Některé odcházejí uklidněné, jiným se v hlavě otázky naopak množí a přináší obavy a strach. Z toho důvodu se některé ženy uchylují psát porodní plány, které, jak doufají, budou do posledního bodu naplněny a zaručí jim tak bezpečný a snad i bezbolestný porod. Samotné porodní plány budou rozebrány v dalších kapitolách této práce.

2 Porod

Jako porod se označuje vypuzení či vyjmutí živého či mrtvého plodu z dělohy ženy. Aby byl plod vyhodnocen jako vitální, musí projevovat alespoň jednu ze známek života – dýchání, srdeční činnost, tonus, pulzace pupečníku (7).

2.1 Historie porodnictví

Pokud bychom se podívali zpět napříč historií, porod vždy představoval zásadní událost v životě ženy. Zásadním rozdílem je ale poskytovaná péče a vývoj, jakým toto odvětví medicíny bezesporu prošlo. Zatímco před desítkami tisíc let v pravěku si ženy pravděpodobně našly bezpečné místo v jeskyni v poloze, která jim byla pohodlná, v době před nástupem křesťanství se již z přírody přesunuly do svých skromných příbytků například na slámu. Výhodu měly ženy urozené, kterým již byly vyhrazeny pokoje na hradech či zámcích, a to včetně vystlaného lůžka. Zajímavostí u porodu těchto žen byla následná přítomnost porodního křesla, což je obdoba dnešní porodnické stoličky. Tato porodní pomůcka se dědila napříč rodem (2).

Matky však dávaly přednost kolektivní výchově tzn. že se o dítě staraly i jiné ženy, a to včetně kojení a výchovy. Rozdíl byl také, zda žena na svět přivedla chlapce či děvče. Ženské pohlaví bylo méně vážené, proto se větších oslav dočkalo narození syna (5). Součástí těhotenství a porodu byly u nejrozličnější pověry, které varovaly, před působením vyšší moci ohrožující matku i dítě, a tak se využívaly všemožné rituály odhánějící tyto síly (2). Věřilo se například, že pokud těhotná stráví venku ve slunečním žáru či blízko ohně delší dobu, dítě se spálí. Pokud během dne usnula, hrozilo znetvoření obličeje dítěte a při spatření člověka popraveného na šibenici, mohl se plod zadusit na pupeční šňůře. Na počátku a ke konci těhotenství se doporučovalo vynechat pohlavní styk, avšak během celého těhotenství ne zcela, aby dítě nebylo zesláblé (9).

2.1.1 V zahraničí

I v okolních státech Evropy vedly porod porodní báby s pomocí jiných žen v domácím prostředí, a to ještě začátkem 18. století. Neexistovala varianta, aby byl u porodu přítomný muž, tato možnost byla jednoduše zakázaná a nemyslitelná. V polovině století se ale o porodnictví zajímalo stále více lidí a ženy preferovaly родit pod lékařským dohledem. To způsobilo značný rozmach porodnické péče. Například v Anglii ke konci 18. století valná většina lékařů pomáhala s porody. To vedlo k zařazení porodnictví do všeobecné lékařské péče, a již nebylo jen výsadou porodních babiček. Pomalu se tedy rýsovaly počátky rodinného lékařství. I přesto porody probíhaly doma, a to z důvodu nedostatečné kapacity lůžek v nemocnicích, a to po dobu jednoho dalšího století. Zejména lékaři z odvětví chirurgie brali porodnictví jako nedůležitou součást medicíny. Roku 1870 Villiam Farr, lékař pocházející z Anglie,

dokázal zaujmout lid svými články o vysoké kojenecké a mateřské mortalitě, kterým by se dle něj dalo předejít téměř v polovině případů. Statistiky poukazovaly na vysokou kojeneckou úmrtnost i při porodech v nemocničním prostředí. Vlastně výsledky hovořily jasně o horších podmínkách v nemocnicích než při porodech doma. Bod zájmu tedy padl na dodržování hygienických podmínek. Lékaři radili svým svěřencům, aby se vyhýbali použití nástrojů při porodu a byli trpěliví. Mateřská úmrtnost i nadále rostla a lékaři začali komplikace dávat za vinu porodním babičkám. Důsledkem bylo v padesátých letech 20. století přesun porodů do nemocnic (13).

Pokud bychom se vrátili ještě o něco dále v čase, můžeme se podívat na průběh a pomoc při porodu například v Indii. Žena na konci těhotenství přišla do tzv. konkláve, což bylo místo, kde se shromažďovali kněží. Čtyři starší ženy se sešly kolem rodičky, přičemž jedna měla za úkol ženu vybízet k tlačení. Z této doby se dochovaly záznamy o životosprávě nastávající matky i ženy po porodu. Objevují se i rady, jak postupovat při poloze plodu jiné než podélné hlavičkou, nebo jak se zachovat, když nastanou komplikace (13).

Egyptané uměli spočítat dobu těhotenství a opět při porodu byly přítomné ženy – pomocnice. Objevují se malby, které znázorňují porody. Jsou jimi zdobena místa, kde se tento děj odehrával – egyptské chrámy. Stejně tak se zde objevuje nejprimitivnější porodní stolička, složená ze dvou kamenů. Egyptané se odvolávali k bohyni Isis, kdežto mužská část božstva nebyla u porodů vůbec vyvolávána (13).

Dalším obdobím je staré Řecko. Zde vypomáhaly ženy, které měly s porodem osobní zkušenost. Byly to ženy starší a vyzrálejší, rozdělené na dvě skupiny. První byly tzv. maiai, které měli potvrdit graviditu. Nad nimi setrvali jatromaiai. Těm připadalo starat se o léčiva, které mohly aplikovat. Také směly vyvolat potrat. U čerstvě narozeného dítěte nejprve proběhl obřad a teprve poté jej zabalily. Řeckem se inspirovali římscí obyvatelé. Ženy z Řecka byly i v Římě využívány k vedení porodu. Ženy římské naopak dokázaly rodičky léčit a pokud bylo potřeba věděly si rady i v právních oblastech. Při vedení porodu se jim plně důvěřovalo. Poprvé se zde objevila spolupráce porodních bab s lékaři, a to při výskytu těžkých případů. V případě, že se žena chtěla stát pomocnicí, musela splnit následující podmínky, jak Soranos vyžadoval ve své knize, která mimo jiné obsahovala i obrázky: *„Musí mít dobrou paměť, aby si zapamatovala dané věci, musí být pracovitá a vytrvalá, mravná, aby se jí mohlo důvěřovat, obdařená zdravými smysly a silnou konstitucí, musí mít dlouhé a jemné prsty s krátce ostríhanými nehty. Aby však mohla být dobrou bábou, musí mít i další přednosti. Musí být teoreticky a prakticky vzdělaná, ve všech oblastech léčebného umění zkušená, aby mohla dávat nejen životosprávné, ale i chirurgické a lékárnické pokyny, aby mohla to, co pozoruje, správně posuzovat a patřičně hodnotit souvislost jednotlivých jevů ve svém oboru. Musí trpělivě přemlouvat a s účastí jí*

pomáhat, být odvážnou v každém nebezpečí, aby její rady nevybočovaly z míry. Dále za sebou musí mít vlastní porody a nesmí být příliš mladá. Musí být slušná a stále rozšafná, velmi mlčenlivá, neboť se dozvídá mnohá tajemství života, nesmí být ziskuchtivá, aby kvůli mzdě nekonala podvodně, nesmí být pověřčivá, aby rozlišila pravdu od lži. Dále se musí starat o to, aby její ruce byly měkké a něžné a nesmí vykonávat práci, od níž by jí ztvrdly. Kdyby však nebyly od přírody měkké, musí si je zjemnit mastmi.“ (13).

2.1.2 V českých zemích

I v českých zemích se rozvíjelo babictví jako ryze ženská záležitost. První porodní báby neměly základní školení a říkalo se jim ženy položené, báby pupkořezné a až později porodní báby či babičky. I pro manžela této ženy se našlo označení – babák. Nová porodní bába se nejprve čtyři roky musela učit od starší babičky a teprve poté mohla pracovat samostatně. Pro lékaře bylo porodnictví pod jejich úroveň, což vedlo ke snížení praktických dovedností v tomto oboru. Univerzita Karlova teoreticky přednášela o porodnictví již od samého počátku jejího fungování, avšak chyběla výuka praktická (13).

První zmínka o tzv. babictví v Čechách je již ze dvanáctého století, konkrétně z roku 1176 a to narození jistě Hroznaty. Původní označení porodní bába se odvíjelo od zkušeností, které ženy, napomáhající s průběhem porodu, měly. Často se jednalo o ženy zralé, starší a s osobní zkušeností s porodem. Snažily se o zdárný průběh porodu, což ne vždy bylo možné. V knihách z doby kolem 16. a 17. století jsou zmínky o poměrně svérázných postupech: „Aby se při nesprávných polohách, jako je poloha příčná nebo koncem pánevním, porodní bába snažila dosáhnout změny pomocí pokynů, jak má žena měnit polohu. Za porodu pak si má bába namastit ruce olejem a obracet dítě, zasouvat zpět nožky apod. Nepostupuje-li porod a bábě se nepodařilo pomoci, přichází ranhojič, který v matce dítě rozřezává.“ Další text hovoří o provádění císařského řezu na mrtvé ženě, kdy plod se nevybavoval jako dnes přes Pfannenstielův řez, ale přes bok zemřelé ženy (5,23).

Naučné spisy taktéž obsahovaly praktické rady, například jak ženě ulevit od porodních bolestí: „Přišlo-li by na ženu po porodu v životě bolení a nemoc matky i lůna, tehdy má se pařiti neb majti věcmi bolest krotícími, jako sou domácí sléz, vysoký sléz, řecké seno, vlaský kmín, rmen, hluché kopřivy, k mrtvé kopřivě podobné, s bíložlutým květem“. Většina porodů probíhala v domácím prostředí a úmrtí matky i s novorozencem nebylo ojedinělé, ať už z důvodu vykrvácení či infekce (23).

Od té doby se mnoho věcí změnilo. Hlavním milníkem se stal začátek užívání aseptických a antiseptických postupů kolem 19. století. V té době nebylo neobvyklé, když lékaři při operaci použili nástroje, kterými chvíli před tím operovali jiného

pacienta, a to i bez jakéhokoliv omytí. Neužívaly se rukavice, což byl problém především u studentů, kteří pracovali s mrtvými těly na pitevně a bez omytí rukou přecházely rovnou na porodní sál. Výsledkem pak byla, tehdy rozšířená, horečka omladnic. Byl to Ignác Filip Semmelweise, který v polovině devatenáctého století přišel s námitkou na tyto nehygienické zvyky, avšak jeho názor se u kolegů nesetkal s přijetím. Trvalo celých dvacet pět let než zásady, které Semmelweise zavedl (desinfekce rukou chlorem), vešly v platnost (1).

Počátkem dvacátého století většina porodů stále probíhala doma za dopomoci porodních bab, s rozdílem přítomnosti léků na tlumení bolesti. S postupem času se ve velkých městech porody přesunuly do porodnic, ale i zde, pokud probíhaly fyziologicky, ho vedla porodní bába. Údaje ze 70. století popisují, že rodičí žena první dobu porodní strávila v polosedě, ve druhé době pak zaujala polohu na boku a ke konci přicházel lékař, protože jen on mohl provést epiziotomii (2).

Dnešní doba umožňuje ženám obrovské množství možností, jak prožít jednotlivé doby porodní. Mají na výběr mezi porodem doma či v nemocnici, zda u porodu chtějí přítomnost partnera nebo ne a v neposlední řadě si může v rámci možností vybrat například v jaké poloze budou rodit. I postavení porodní asistentky prošlo výraznou změnou. Od porodních bab, jejichž práce byla brána jako něco podřadného ve srovnání s lékaři, se změnilo nejen označení profese, ale rozšířily se i jejich kompetence. Pokud porod probíhá fyziologicky, není potřeba přítomnost lékaře. Nicméně oproti minulosti, kdy lidé porodním bábám bezmezně důvěřovali, chovali se k nim s úctou a veškerá péče plynula jen a pouze z jejich zkušeností, dnes rodičky přicházejí s porodními plány, které naznačují ne stoprocentní důvěru ve zdravotnický personál.

I užití preventivních porodnických zásahů se velmi rozmohlo. V padesátých letech devatenáctého století se ve Velké Británii a Spojených státech začaly lékařské zásahy provádět zcela běžně (9).

2.2 Současné porodnictví

Porodnictví v dnešní době oplývá neskutečnou řadou možností, jak si porod usnadnit a odnést si z něj především pozitivní zážitky.

2.2.1 Porod bez bolesti

V dnešní době je nepřeborné množství způsobů tlumení porodních bolestí. Záleží pouze na rodičce, jakému dá přednost, pokud ovšem není kontraindikován

zdravotním stavem jejím či plodu. Metody tlumení můžeme rozdělit na nefarmakologické a farmakologické.

Nefarmakologické metody

Možností analgezie bez použití farmak je poměrně hodně. Větší skupinu tvoří metody psychologické. Primárně lze uvést předporodní přípravu, kterou žena podstupuje již během těhotenství. Výhodou je jednoduché využití. Žena je seznamována s průběhem porodu. Základním principem a cílem pak je poukázat na to, jak zhoršený psychický stav a napětí, může negativně ovlivnit prožitek bolesti. Nevýhodou je ale poměrně malá účinnost, která se udává kolem 30 %, přičemž se odvíjí od toho, jak moc žena účinku důvěřuje. Další možností je využití hudby tzn. audioanalgezie. Žena soustředí svou pozornost na zvuk místo na pravidelně probíhající bolesti. Ne moc známou metodou je transkutánní elektrická nervová stimulace. Na oblast bederní páteře se nalepí elektrody, které vedou jemné výboje. Účinek nastupuje přibližně 40 minut od začátku použití. Účinnost metody není vysoká, avšak lze ji spojit s jinými nelékovými metodami. Hydroanalgezií neboli snížení bolesti za pomoci teplé koupele, s možností použití například masážních trysek lze využít pouze v porodnicích tomu uzpůsobených, nicméně vhodná je i teplá sprcha. Využít lze ale i teplý či studený obklad – záleží čistě na přání rodičky. Teplá voda má mimo analgetických účinků vliv i na progresi vaginálního nálezu. Do relaxačních koupelí lze také přidat rostlinné oleje obohacené o různé esence – tzv. aromaterapie. Nejvíce využívanou je asi levandule pro její zklidňující účinky. Oleje lze taktéž použít k masáži například bederní oblasti. Výhodou je, že takovou masáž může provádět i partner přítomný u porodu. Předposlední možností, asi tou nejdůležitější, jak ženě ulevit od bolesti, je změna polohy. Poloha vsedě či vestoje umožňuje plodu snazší vstup do porodních cest než v klasické gynekologické poloze, a uvolní tak tlak vznikající na bedra a křížovou oblast. Žena může kontrakce tzv. rozcházet nebo jí můžeme poskytnout balón. Méně používanou metodou je hypnóza. Ta lze provést pouze u žen, které umí pracovat se sugescí, a to jen tehdy, pokud je přítomný odborník na hypnózu (18).

Farmakologické metody

Metody farmakologické pak můžeme rozdělit podle toho, zda působí na centrální nervovou soustavu (systémová analgetika) či pouze na určitou oblast (analgetika regionální). Ze systémových je nejvíce osvědčeným lékem nalbuphin, u kterého se udává účinnost až 50 %. Výhodou je, že nepůsobí na hladké svalstvo močového traktu, tudíž rodička nezadržuje moč a močový měchýř tak není porodnickou překážkou. Jeho podání pak nemá negativní vliv na matku ani na novorozence. Z řady systémové analgezie dále některým ženám pomáhá inhalace směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1. Jde o neinvazivní metodu, která rovněž neovlivňuje plod a je pro něj zcela bezpečná. Co se týče regionálně působících metod,

patří sem pudendální analgezie, paracervikální analgezie, subarachnoidální analgezie a v neposlední řadě, dnes nejvíce využívaná, epidurální analgezie. Pudendální analgezie se provádí zejména na konci druhé doby porodní skrze injekci podané anestetikum (trimekain, bupivakain). Další nejčastější indikací je provedení epiziotomie, použití VEX apod. Paracervikální analgezie, jak už je z názvu patrné, se aplikuje v okolí hrdla děložního. Účinek je patrný v oblasti břicha a kraniální třetiny pochvy. Nevýhodou však je riziko změny srdeční frekvence u plodu a pokud se naléhající část plodu nachází v úžině či východu pánevním, je zde také riziko jeho poranění. Subarachnoidální analgezie má vysokou účinnost. Její aplikaci provádí anesteziolog a jedná se o vpravení lokálního anestetika do mozkomíšního moku. Existuje zde malé riziko postpunkční cefale. Stejná technika podání je využita i u epidurální analgezie, která je dnes velmi rozšířená. Z místa vpichu vychází katétr, díky kterému je možné, po odeznění účinku první dávky, opětovně dávku přidat. Rozdílné je ale místo, kam se anestetikum aplikuje. V obou případech se využívá směsi anestetika, opioidů a fyziologického roztoku (18).

2.2.2 Přirozený porod

Jistá část dnešní společnosti se snaží o alespoň částečný návrat k životu, jaký žili naši předci – tyto změny se týkají zejména stravy, techniky a výjimkou není ani oblast medicíny. Zpět ke slovu se dostávají nejrůznější byliny a další přírodní léčiva, ze kterých se vyrábí nejrůznější tinktury, masti a čaje. Porodnictví této změně také neušlo, a tak se čím dál častěji můžeme setkat s pojmem přirozený porod. Ovšem často si většina laiků ani odborníků neví rady, jak si toto slovní spojení vyložit. Jedná se o přístup, kdy se do průběhu porodu zasahuje co možná nejméně a hlavní slovo dostává matka, která naslouchá potřebám vlastního těla a z porodu si odnáší příjemné a pozitivní zkušenosti a vzpomínky. Nevnímá ho jako děj, na který se v pozdější době snaží zapomenout (8).

Dle Světové zdravotnické organizace, která v roce 1999 publikovala dokument *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*, je přirozený (normální) porod chápán takto: *Normální porod definujeme jako: spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.* (26).

Pokud bychom se podívali do historie, termín přirozený porod se hodně rozšířil v 80. letech díky Michelu Odentovi, který svou práci vykonával v Anglii. Na toto téma napsal knihu *Znovuzrozený porod*, kde popisuje, jak porod probíhá v rámci ženiných instinktů, není potřeba žádná příprava a žena se musí oprostít od svého vědomí. Byl si jistý, že pokud se žena naladí na vlnu porodu a věří v sebe samu, tělo za pomoci hormonů, které vyplaví, zvládne porod spontánní cestou. Tyto hormony, dle Odenta,

navodí ženě stav vědomí podobný tomu, který žena prožívá při milování s mužem. Naopak pokud se do této situace často zasahuje, vyplaví se hormony stresové zpomalující porod, který díky tomu může být současně i více bolestivý. Odehnal tedy zastával názor, že by žena při porodu měla být v nerušeném prostředí s porodníkem či porodní asistentkou, a vést si sama tento děj (15).

Přirozený porod absolvují ženy, které neberou probíhající graviditu jako nemoc, ale naopak jako nedílnou součást svého těla. Od personálu porodnice se jí dostává zejména podpory, avšak nenarušuje se intimní proces. Pokud vše probíhá fyziologicky, je porodní asistentka schopna odvést takový porod samostatně, bez přítomnosti lékaře a případně včasné odhalit možné komplikace a lékařskou pomoc přivolat (22).

Součástí přirozeného porodu je absence farmakologických analgetik – ke zmírnění porodních bolestí lze využít vodu, ať už teplou sprchu či relaxační koupel, aromaterapii, muzikoterapii, změnu polohy, masáže, nebo například akupunkturu. Hlavním smyslem je nezasahovat do průběhu porodu, pokud nedojde k patologickým změnám – ke komplikacím těhotenským nebo fetálním. Porodní asistentky tedy pouze kontrolují srdeční akci a frekvenci plodu, avšak neprovádí se kontinuální monitoring. Žena si během I. a II. doby porodní může vybrat polohu, která je pro ni příjemná a ulevuje jí od bolesti. Zvolit si může dokonce i místo kde porodí, jelikož některá zařízení umožňují i samotný porod do vody (8).

Přirozený porod je vhodný pro zdravé ženy, které za sebou mají lekce předporodních kurzů, jejichž těhotenství proběhlo fyziologicky a věří, že porod zvládnou. Nemají strach z bolesti, která je čeká. Naproti tomu těhotným, které nemají dostatečnou sebedůvěru a porod je pro ně naprosto nepředstavitelné martyrium, je lepší doporučit porod podporovaný farmaky a jinými lékařskými intervencemi (21).

3 Porodní plán

„Porodní plán je písemný seznam požadavků matky, které by chtěla dodržet během porodu. Již při příjmu do porodnice se porodní asistentka a lékař seznamují z porodního plánu s úmysly ženy a jejího partnera. Porodní plán nahrazuje tedy prostředníka mezi matkou a personálem porodnice (19).“

Porodní plány jsou trendem 21. století. Největší rozvoj zaznamenaly v posledních deseti letech, a jejich počet se rok od roku zvyšuje. K jejich sestavení by měla být ženě nápomocná porodní asistentka pracující v porodnici, ve které se žena chystá родit, a to hlavně z důvodu povědomí o možnostech onoho zařízení. Jinými zdroji informací, odkud nastávající matky čerpají, mohou být například dudy, kamarádky či jiné blízké ženy, které nemusely mít s porodem zcela pozitivní zkušenost. Další možností jsou i předporodní kurzy, kde jsou podávány informace odborné. Ženy i v době návštěvy těchto kurzů již mají ucelenější představy o svém porodu a plán se jim snáze sepisuje. Avšak bohužel ve velké řadě případů přichází ženy s porodními plány staženými z internetových stránek. Takové plány mohou obsahovat výrazy ženě neznámé, ale ani tak nedojde k jejich úpravě. Vzhledem k tomu, že plány vyjadřují individuální potřeby každé ženy, postrádá takovýto přístup smysl. Problém nastává v momentě, kdy žena nehodlá od svých požadavků ustoupit či udělat kompromis, a to za jakoukoliv cenu. Pokud i tak nedojde k naplnění sepsaného plánu, může to mít negativní dopad na psychiku rodičky – získá pocit osobního selhání z nenaplněného plánu i přesto, že porod je děj, jehož průběh nelze předurčit (16).

V zahraničí, konkrétně v Los Angeles, porodní plány nejsou součástí standardní péče, ale vyskytují se zde také. Doktorka Yalda Afshar se však přiklání k názvu porodní preference, vzhledem k tomu že průběh porodu napláňovat nelze. Zastává názor, že v případě vytvoření standardizovaného dokumentu s možností zaškrtnutí pro ženu nejvíce vyhovující volby a jeho následné konzultace v době těhotenství, by opadlo pozdější nedorozumění při příjmu na porodní sál a jednotlivých dobách porodních. V zemích jako Spojené království jsou univerzální porodní plány součástí mateřského standardu péče (16).

V zahraničí využívání standardizovaného porodního plánu zlepšilo komunikaci mezi klientkou a zdravotníky, a to následně vedlo k vyšší spokojenosti pacientky. I tak zdravotníci z těchto zařízení zastávají názor, že plány dávají ženám nerealistická očekávání a nejsou si jisti, zda má jejich užití jakýkoliv pozitivní vliv na průběh porodu. Už i některé české porodnice zavádějí vzorový porodní plán, kde lze

tímto způsobem, tedy zaškrtnutím ženina přání, vyjít matce vstříc. I přesto se ve většině případů setkáme s plánem individuálním. (16)

3.1 Současné porodní plány

Ženy sepisující porodní plány často neberou v potaz možné komplikace, a tak se mohou při psaní dopustit nejrůznějších chyb. Nejsou si vědomy důsledků, které přináší jejich přání. Je důležité do plánu zahrnout vždy i alternativní řešení jednotlivých částí porodu. To, jak má ve finále porodní plán vypadat, záleží pouze na rozhodnutí ženy. Mohou být psané v souvislých větách a vypadají pak jako slohová práce. Jiné ženy dávají přednost stručnému psaní za použití přehledných odrážek. Jsou známy i případy, kdy ženy k sepsání porodního plánu vyzvou právníka a jeho podpis nechají ověřit notářem. Pro zdravotnický personál je bezesporu přehlednější plán, který v bodech vyjadřuje zásadní požadavky. Pokud žena přinese několikastránkový dokument, psaný v souvětích, lékaři nebo porodní asistentky zběžně přečtou co ukrývá, ale podstata všeho nemusí být patrná. Často pak dochází k nedorozuměním. Pokud se žena tedy rozhodne plán sepsat, je nejlepší dodržet chronologický postup porodu či jednotlivé body radit dle matčiných priorit. Doporučuje se také zaměřit se především na to, co není standardní součástí péče daného zařízení a vypsát to, co se nevykazuje zcela běžně (20).

3.1.1 Porodní plán a dříve vyslovené přání

Slovní spojení porodní plán v české legislativě nenajdeme. Ženě, která přijde s takto sepsanými požadavky a přáními, může ale i nemusí být vyhověno. Vše se odvíjí od bodů, které žena v plánu uvádí a zda při jejich plnění nemůže dojít k ohrožení života jejího či plodu. Rozdíly ve snaze plnění porodních plánů jsou patrné nejen mezi nemocnicemi, ale i mezi jednotlivými zaměstnanci, tedy zdravotnickým personálem. Porodní plány čím dál častěji dostávají název *Dříve vyslovené přání*, které je součástí Zákonu č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Znění části zákona zde cituji: *Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“)*. Tento zákon měl původně umožnit zejména umírajícím pacientům či nemocným s počínající demencí nebo jiným onemocněním v terminálním stádiu, aby předem udělili souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče v momentě, kdy sami nebudou schopni o tom rozhodnout. Ženy tedy začaly zastávat názor, že pokud je něco ukotveno v zákoně, musí to být bez výjimek splněno, jinak to lze právně vymáhat. Tento zákon

si tedy vyložily po svém. Samozřejmě je potřeba zvážit, zda je žena při porodu ovlivněna natolik, aby nebyla schopna souhlas, respektive nesouhlas sama vyslovit.

3.1.2 Názor zdravotnického personálu na porodní plány

Názory zdravotníků na porodní plány se liší. Jedni si domnívají, že jde o zbytečný výmysl dnešní doby, jiným naopak nevadí, když si rodička sepíše svá přání na papír, pokud to celé nepostrádá smysl. Rozdíly v akceptování porodních plánů se najdou i mezi jednotlivými nemocnicemi. Čím dál častěji se tedy setkáváme s porodnicemi, kde jsou ženy se sepsaným plánem vítané. V Česku lze za taková zařízení označit například porodnici v Neratovicích, Příbrami či Rakovníku. V těchto zařízeních je i otevřenější přístup k přirozeným a přírodním porodům, což rodící ženy dnes vyhledávají. Důkazem je zvyšující se porodnost v těchto zařízeních. Proto je zde i snaha o provoz porodních domů a porodních center. Přístup je také odlišný u lékařů a u porodních asistentek. Porodní asistentky jsou plánům nakloněny více než lékaři. Často jsou to také pouze ony, které se ženami porodní plán projdou. Ve většině případů je zdravotnický personál ochotný a snaží se nastávající mamince vyhovět. Pokud je čas a nejde například o porod překotný nebo pokud se nevyskytne neočekávána komplikace (např. alterace ozev plodu), lékař a porodní asistentka projdou společně se ženou sepsané požadavky. Vysvětlí jí, jak v jednotlivých dobách porodních postupují právě v tamní porodnici nebo v čem se jejich postup od jiných porodnic liší. Žena má možnost se ptát na věci, které ji nejsou zcela jasné nebo které ji zajímají. Mnoho žen posléze i upustí od některých bodů ve svém plánu. Například původní odmítání analgetik se s průběhem porodu vytratí. Ženy, které odmítaly dirupci vaku blan změnil názor, když je jim řádně a srozumitelně vysvětlen postup a také následný efekt (tzn. urychlení průběhu porodu). Najdou se i ženy, které si nepřejí monitoraci ozev plodu v průběhu porodu. Ve finále, po vysvětlení důvodu provedení tohoto výkonu, jsou provádění CTG nakloněny. Ženy se často nechají ovlivnit masovými médii, rady hledají na internetu, kde navštěvují pochybné webové stránky, používají porodní plány, které již sepsal někdo před nimi, aniž by si dohledaly či nechaly vysvětlit jednotlivé cizí pojmy. Dalo by se říci, že většina bodů takových porodních plánů vychází z nevědomosti a nedostatečné informovanosti žen o skutečném průběhu porodu.

Praktická část

4 Cíle práce

V bakalářské práci je hlavním cílem zjistit, zda neodborně sepsané porodní plány dokáží ovlivnit průběh porodu, případně jakým způsobem. Tento cíl, byl zvolen především z důvodu, že mnoho žen si své porodní plány či přání přináší, a to i přesto, že o vedení porodu v nemocničním prostředí nejsou v dostatečné míře informovány. Často mají totiž představy zkreslené či neúplné a v plánech se pak objevuje například negativní postoj k podávání léků či episiotomii. V závislosti na tom byly zvoleny tři dílčí cíle, a to podle toho, jaké body rodičky nejvíce požadují. Odpovědi na tyto vedlejší cíle by měly být nápomocné k získání odpovědi na cíl hlavní. Práce by pak měla posloužit laické veřejnosti, především ženám k zamyšlení se nad problematikou porodních plánů a případně navést budoucí matky, které o jeho sepsání uvažují, aby svá rozhodnutí konzultovaly s odborníky. Zároveň ji může využít i odborný personál k edukaci právě výše zmíněných žen.

Hlavní cíl: Zjistit, zda porodní plány mají vliv na průběh porodu.

Dílčí cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, zda u žen, odmítajících provedení episiotomie vznikne větší porodní poranění.

Cíl č. 2: Zjistit, zda odpůrkyně farmak nakonec využijí léky k tlumení porodních bolestí.

Cíl č. 3: Zjistit, zda nejčastěji užívanou metodou tlumení u žen s PP byla epidurální analgezie.

Cíl č. 4: Zjistit, jaké lékařské intervence ženy nejčastěji odmítají.

Výzkumné hypotézy

Hypotéza č. 1

U většiny žen s porodním plánem dojde k většímu porodnímu poranění, než jakým by byla epiziotomie.

Hypotéza č. 2

Více než polovina žen striktně odmítající farmaka o ně s rozvojem porodních bolestí zažádá.

Hypotéza č. 3

Většina žen s vlastním porodním plánem využije při porodu epidurální analgezii.

Hypotéza č. 4

Ženy nejčastěji odmítají provedení dirupce vaku blan.

5 Metodologie výzkumu

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části nejprve popisují anatomii ženy, a jak se její tělo a psychika působením hormonů s průběhem těhotenství mění. V souvislosti s psychickými změnami jsou v další kapitole rozebírány metody přípravy k porodu, ať už dřívější či současné. Nechybí ani stručný popis vývoje porodnictví od pravěku až po současnost. A samozřejmě, vzhledem k tématu práce, je zde kapitola týkající se porodních plánů. Na základě informací z různých literárních zdrojů je nejprve definováno, co to vůbec porodní plán je. Následně je zde popsáno, jaký by měl být správný postup v případě ženy, která si přeje mít vlastní PP, aby nedocházelo k nedorozuměním při příchodu na porodní sál. Byly zde využity osobní poznatky z prostudovaných porodních plánů, kde bylo možné zjistit, jaké nejčastější zásahy ženy při porodu odmítají. V závislosti na tom byly v části praktické stanoveny cíle, kterých se pokusím, díky nashromážděným informacím, dosáhnout.

5.1 Metoda sběru dat

K získání všech informací potřebných k obdržení odpovědí byly využity služby archivu jedné z pražských porodnic. Celkem bylo dohledáno 50 žen s porodním plánem. Získané informace byly následně zpracovány za použití tabulek a grafů.

5.2 Harmonogram postupu

Na základě záznamů v porodních knihách ze dvou porodních sálů již zmíněné porodnice byly dohledávány ženy, které si k porodu připravily vlastní porodní plán. Vypsáný seznam rodiček byl společně s formulářem o zachování mlčenlivosti potvrzeným vrchní sestrou donesen do archivu. Následný sběr dat probíhal na základě procházení písemných dokumentů, konkrétně byla využita ošetrovateľská dokumentace z porodních sálů. Nejprve bylo důležité rozmyslet, jaké informace budou pro práci relevantní a jakým způsobem budou následně vyhodnocovány. Ze záznamů ošetrovateľské dokumentace byly vybírané informace o věku rodičky, počtu předchozích gravidit a porodů, o době strávené na porodním sále, zda byl u porodu přítomný partner či jiná blízká osoba, metodu případně použité analgezie a v neposlední řadě vzniklé porodní poranění. To vše bylo následně porovnáváno se sepsanými plány. Nevýhodou této metody sběru dat je časová náročnost oproti jiným, často používaným metodám (dotazník apod.).

5.3 Výzkumný soubor

Vzorek výzkumného souboru byl jasně daný vzhledem k cílům bakalářské práce. Byly to ženy, u kterých byl součástí dokumentace porodní plán. I z toho důvodu nebyla žádným způsobem omezená věková hranice zapojených žen a následný věkový rozptyl rodiček byl tedy 22-39 let. Data byla dohledávána od ledna roku 2018 až do

měsíce března 2019. V tomto rozmezí bylo získáno 50 rodiček s porodním plánem, které porodily vaginálně. Zkoumaný vzorek byl velice rozmanitý nejen co se věku týče. Byly zde ženy, u nichž proběhl teprve první porod, ale i ženy, které rodily již potřetí. Dále ženy s odlišnými stupni vzdělání. Ženy s různými druhy onemocnění od metabolických poruch (GDM, DM) po koagulopatie (Leidenská mutace). Lze tedy říci, že škála je opravdu pestrá.

5.4 Metoda zpracování a analýzy dat

Získané výsledky byly zpracovány za pomoci počítačového programu Microsoft Office Excel. Pro přehlednost byly použity tabulky a grafy, které jsou vždy doplněné o slovní komentář.

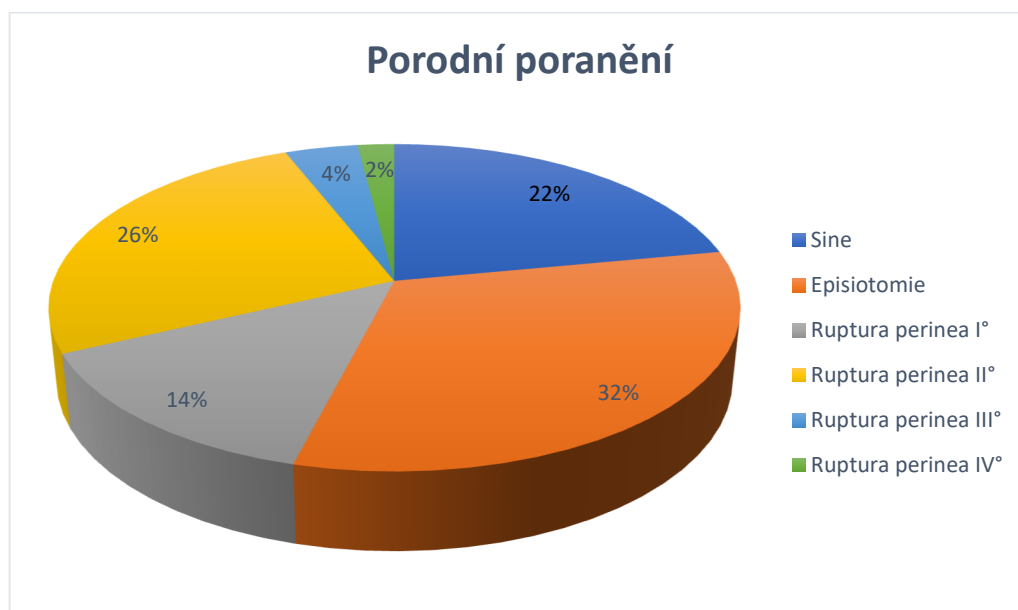
6 Výsledky výzkumu

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda u žen, odmítajících provedení episiotomie vznikne větší porodní poranění.

K zodpovězení byly z dokumentace vybírány ženy, které v PP odmítaly provedení nástřihu hráze a následně bylo zjišťováno, zda vzniklo větší poranění nežli episiotomie (tzn. ruptura 2. stupně).

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (%)</i>
<i>Sine (bez poranění)</i>	11	22
<i>Episiotomie</i>	16	32
<i>Ruptura perinea I°</i>	7	14
<i>Ruptura perinea II°</i>	13	26
<i>Ruptura perinea III°</i>	2	4
<i>Ruptura perinea IV°</i>	1	2
<i>Celkem</i>	50	100

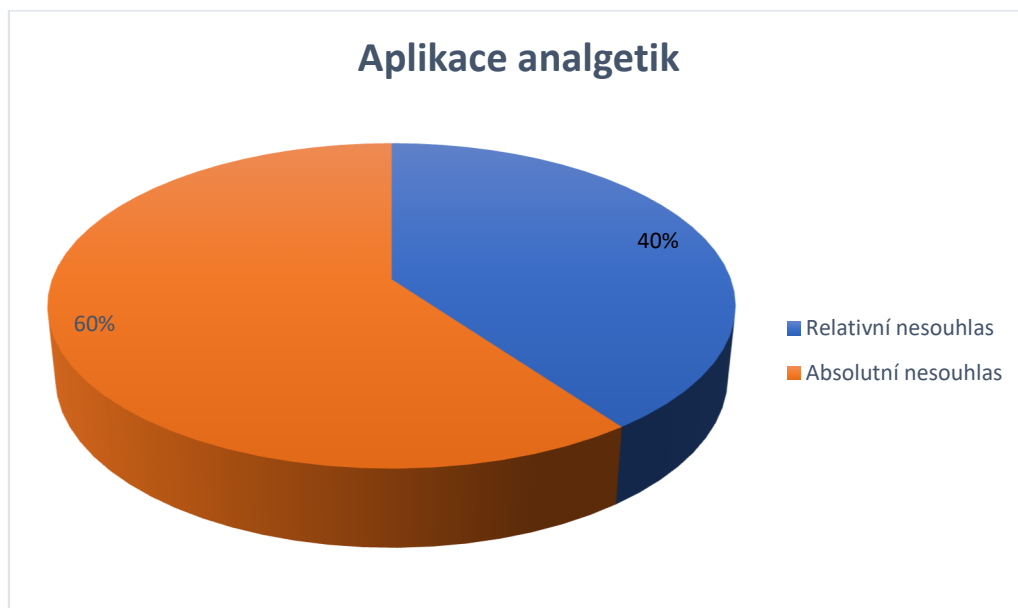
Tabulka 1: Porodní poranění



Graf 1: Porodní poranění

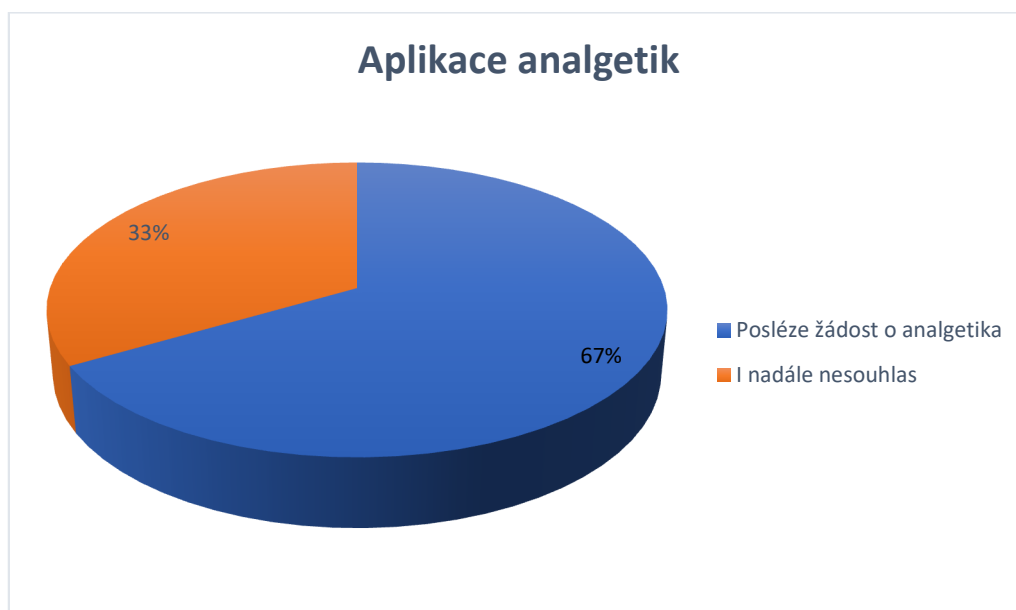
Z tabulky, ve které jsou dle závažnosti seřazená porodní poranění, vyplývá že z padesáti rodiček byla u 16 (32 %) provedena episiotomie a 11 (22 %) porodilo bez jakéhokoliv poranění. Poranění srovnatelná s episiotomií se vyskytla u 13 (26 %) žen. Důležitým údajem pro tuto práci je však počet poranění horší nežli episiotomie. Dvěma rodičkám muselo být po porodu ošetřeno poranění v rozsahu ruptury III° a u jedné se dokonce vyskytla ruptura IV°. Pro lepší přehlednost jsem údaje zadala do grafu, kde můžeme vidět, že se poranění horší nežli nástřih hráze vyskytlo v součtu pouze u 6 % (3) žen.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda odpůrkyně farmak nakonec využijí léky k tlumení.



Graf 2: Aplikace analgetik

Z grafu je patrné, že 40 % žen (20) souhlasilo s aplikací analgetik, některé z nich však v plánu uvedly, že si nepřejí jejich nabízení. V případě potřeby si samy zažádají. Naopak 30 rodiček (60 %) bylo striktně proti tišení bolesti farmakologickou cestou. Graf na následující stránce však ukazuje, že i přesto některé z nich tuto možnost využily.



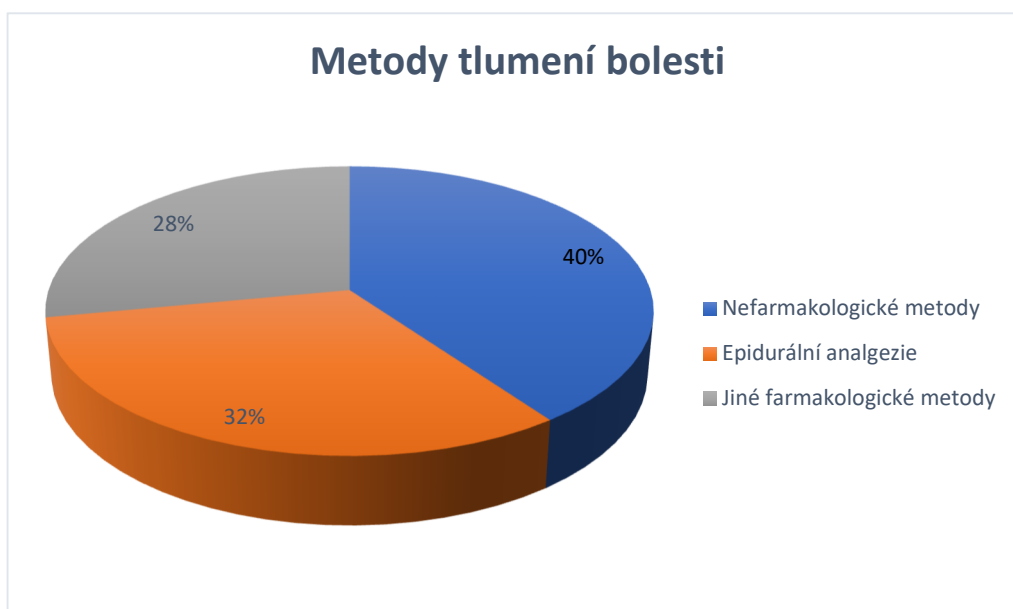
Graf 3: Aplikace analgetik

Zde můžeme vidět, že z původních 30 žen jich celých 67 % (20) s rozvojem porodních bolestí o analgetika zažádalo. U zbylých 10 (33 %) přetrvával tento nesouhlas i nadále a porod tedy proběhl bez farmakologického tlumení.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda nejčastěji užívanou metodou tlumení u žen s PP byla epidurální analgezie.

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (%)</i>
<i>Nefarmakologické metody</i>	20	40
<i>Epidurální analgezie</i>	16	32
<i>Jiné farmakologické metody</i>	14	28

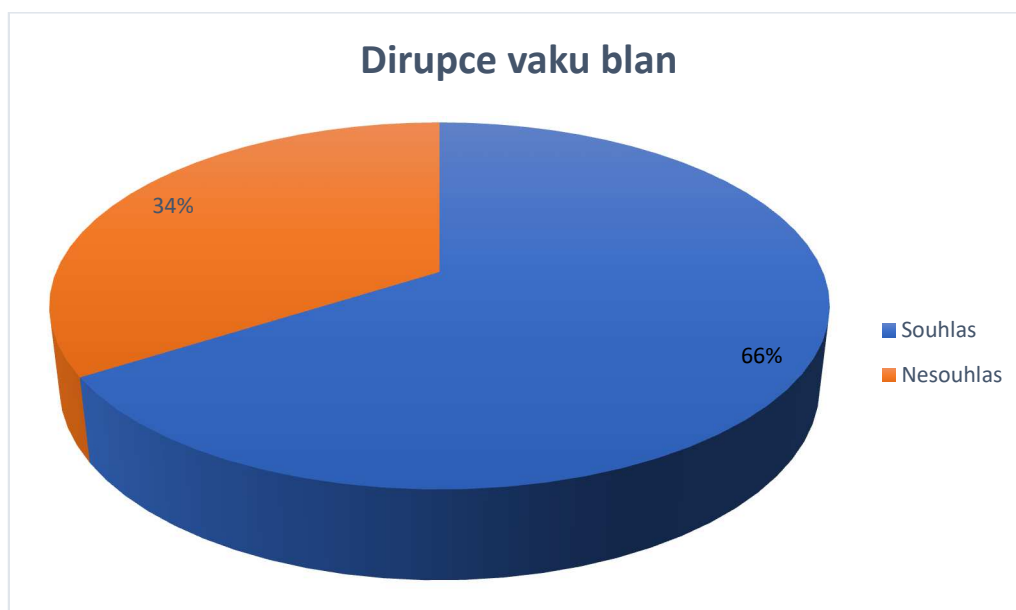
Tabulka 2: Metody tlumení bolesti



Graf 4: Metody tlumení bolesti

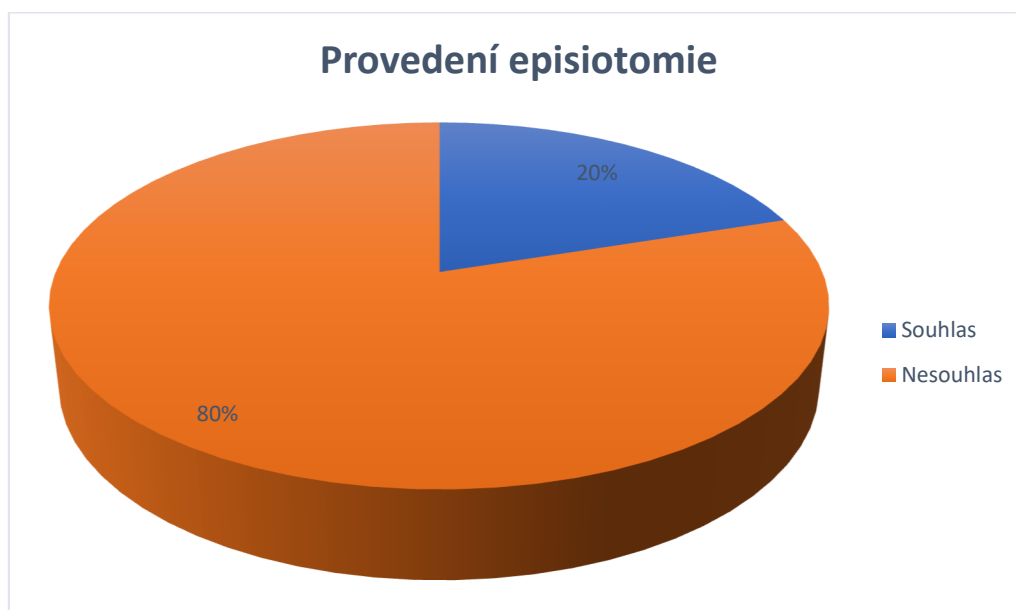
Z tabulky a grafu můžeme vyčíst, že menší část žen využila k tlumení porodních bolestí metody bez využití farmak. Takových žen bylo 20 a odpovídá to přesně 40 % celku. Zbýlých 30 (60 %) rodiček tedy využilo možnost farmakologickou a z tohoto počtu jich více jak polovina, přesněji 32 % (16) žen důvěřovala působení epidurální analgezie.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit jaké intervence ženy nejčastěji odmítají.



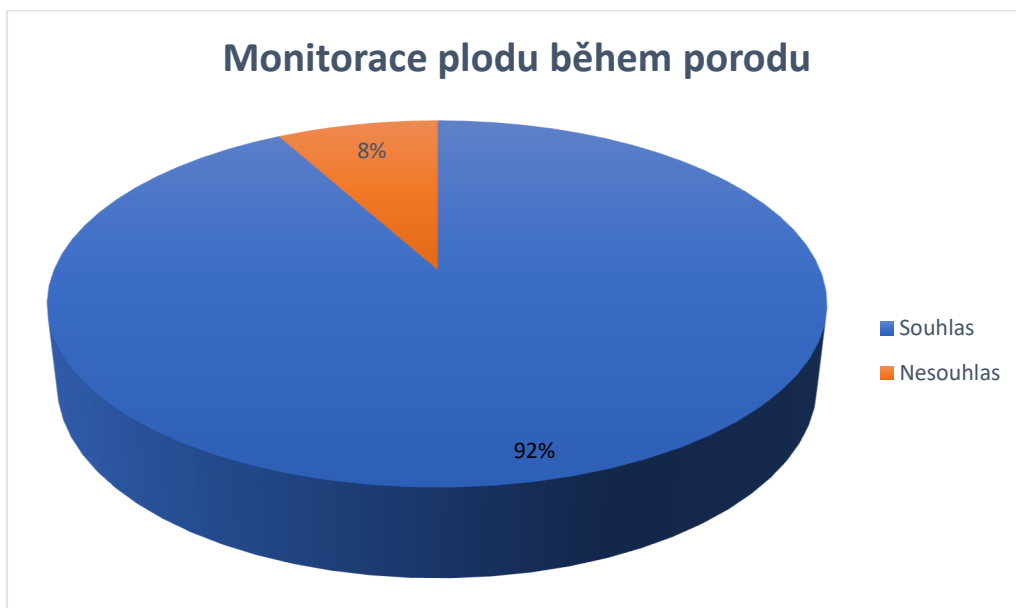
Graf 5: Dirupce vaku blan

Ze získaných dat můžeme v grafu vidět, že z padesáti žen si jich 17 nepřálo provedení dirupce vaku blan. Odpovídá to 34 %. Naopak zbylých 66 % (33) rodiček tento požadavek ve svém plánu neuvádělo.



Graf 6: Provedení episiotomie

Při výzkumu bylo zjištěno, že 40 žen, což je celých 80 %, ve svém plánu provedení tohoto lékařského zásahu zcela vylučuje. Zbýlých 10 (20 %) rodiček s provedením souhlasí, pokud to bude nezbytně nutné. Avšak jak jsme se mohli přesvědčit v prvním grafu, episiotomie byla provedena u 16 žen. Tzn., že i některé ženy prvotně odmítající nástřih hráze s ním nakonec, po konzultaci s lékařem, souhlasilo.



Graf 7: Monitorace plodu během porodu

V následujícím grafu můžeme vidět, že naprostá většina (46) sledovaných žen si přeje své dítě v průběhu porodu monitorovat. Tvoří to 92 % celku. Pouze 4 ženy, tedy zbylých 8 %, si nepřeje monitoraci plodu.



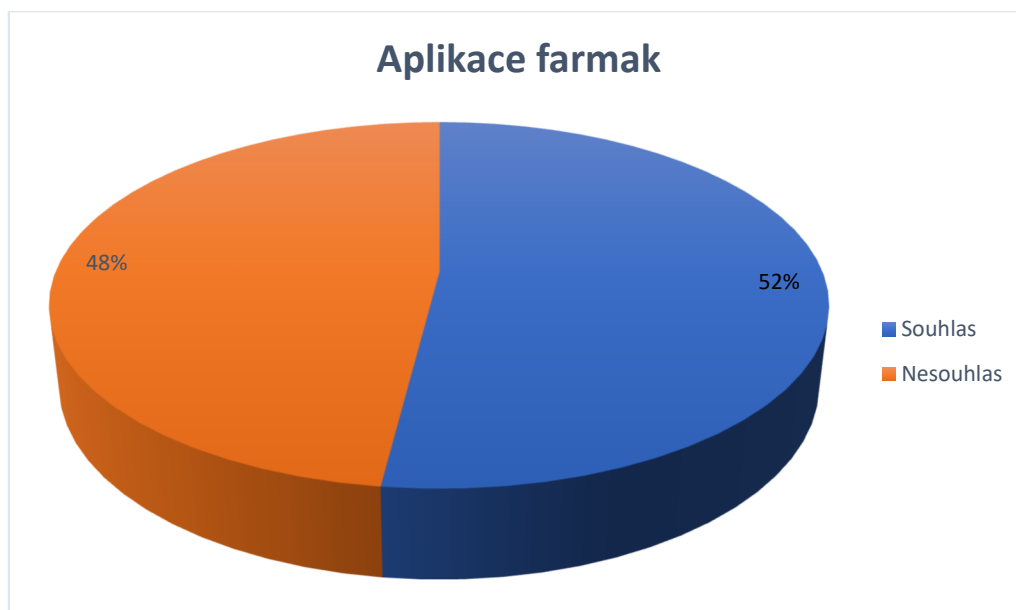
Graf 8: Řízené tlačení

Z hodnot uvedených v grafu vidíme, že 88 % (44) žen nevodí, když jim bude v průběhu tlačení personál radit, či dopomáhat. Avšak u 6 (12 %) žen se setkáváme s přáním, tlačit dle vlastního instinktu, bez slovních komentářů lékaře či porodní asistentky.



Graf 9: Preventivní zavedení kanyly

Preventivní zavedení kanyly během 1. či 2. doby porodní si nepřálo 13 žen (26 %). Zbylým 37 (74 %) z celkové počtu padesáti rodiček, zajištění intravenózního vstupu nevadilo. U toho grafu bych vzhledem k počtu žen odmítajících farmaka (graf č. 8), čekala vyšší počet žen nesouhlasících se zavedením kanyly.



Graf 10: Aplikace farmak

Tento graf zahrnuje ženy, které odmítaly, kromě použití analgetik, také ostatní lékové skupiny (např. uterotonika jakožto prevenci PŽOK). Celých 48 % (24) žen v plánu uvedlo nesouhlas s aplikací jakýchkoliv léků. U 26 (52 %) se takový požadavek nevyskytl.



Graf 11: Provádění vaginálního vyšetření

Provádění vnitřního vyšetření ke zjištění progresu vaginálního nálezu odmítalo pouze 8 % žen (4). Ostatní ženy (92 %) s vyšetřováním v průběhu porodu souhlasily.

7 Diskuse

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda u žen odmítajících provedení episiotomie, jak uvádí ve svých porodních plánech, vznikne větší porodní poranění nežli právě zmiňovaná episiotomie, což můžeme srovnat s rupturou perinea 2. stupně a horším. Je důležité říci, že žádost o vedení porodu bez nástřihu hráze, se vyskytla ve většině z padesáti porodních plánů, které byly prostudované. Ze statistiky je možné vidět, že i přes původní odmítavý přístup, byl posléze (samozřejmě po konzultaci rodičky s lékařem) tento zásah proveden u 16 rodičích žen. Možná i díky tomu se horší poranění, než jakým by byla episiotomie vyskytlo pouze u tří žen. To ovšem vyvrací mou hypotézu č. 1, která zněla: U většiny žen s porodním plánem dojde k většímu porodnímu poranění, než jakým by byla epiziotomie.

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda ženy, které striktně odmítají užití farmak jako možnost tlumení porodních bolestí, s postupným nárůstem intenzity děložní činnosti posléze tuto možnost zvolí. Ženy v této oblasti tvoří dva protichůdné tábory – jedna část se užití léků nebrání, avšak jen do doby, než o ně samy zažádají a druhá část je zcela striktně proti. Počet žen, které v porodním plánu uvedly, že si nepřejí podání analgetik, byl přesně 30. U 20 z těchto žen, což odpovídá 67 %, se však v anamnéze objevila informace, že samy rodičky o aplikaci analgetik zažádaly. Tím byla potvrzena druhá hypotéza, že více jak polovina žen, o aplikaci analgetik s postupem porodu zažádá. Tuto otázku jsem si položila zejména protože si myslím, že úleva od bolesti má vliv na průběh porodu. V odborné literatuře se setkáváme s informací, že dlouhodobé působení bolestivých kontrakcí může vést k vyčerpání rodičky a útlumu děložní činnosti. Takový stav je následně indikován k ukončení porodu císařským řezem.

Jako třetí cíl práce bylo za úkol zjistit, zda ženy s porodními plány využijí jako možnost tlumení porodních bolestí nejčastěji epidurální analgezií. V této otázce byla sebraná data rozdělena do tří kategorií. První kategorii tvořily ženy, které si přály tlumit své porodní bolesti nefarmakologickými metodami (hydroterapie, muzikoterapie, aromaterapie atd., viz kapitola porod bez bolesti). Další skupinou byly ženy, které si k porodu zvolily epidurální analgezií a do třetí kategorie byly umístěné rodičky s jinými farmakologickými metodami než EDA. Očekávalo se, jak ukazuje i hypotéza č. 3, že většina žen s vlastním porodním plánem využije při porodu EDA. Výsledky byly opravdu těsné, nicméně se ukázalo, že převažovaly nefarmakologické metody tlumení bolesti, jejich možnost využilo dvacet žen z původních padesáti. Pokud bychom ale měli mezi sebou porovnat farmakologické metody, 16 žen dalo přednost

EDA a 14 žen se spokojilo s jinými farmaky (entonox, nalbuphin). Z výsledků je tedy patrné, že hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

Čtvrtým cílem bakalářské práce bylo zjistit jaké jsou rodičkami nejčastěji odmítané zásahy ze strany zdravotnického personálu. Z porodních plánů bylo vybráno sedm věcí, o kterých se mezi ženami často diskutuje a cílem bylo zjistit, jak často jsou odmítané právě u zkoumaného vzorku. Mezi tyto atributy byly zařazeny dirupce vaku blan, episiotomie, CTG, řízené tlačení, zajištění intravenózního vstupu, aplikace farmak a vaginální vyšetření. Z výsledků, které jsou zaneseny do grafů, lze říci, že nejčastěji odmítaným zásahem je beze sporu provedení episiotomie (80 %). Nicméně jak už je zmíněno v komentáři jednoho z grafů, i přesto byla některým ženám provedena, aby se předešlo rozsáhlejšímu porodnímu poranění. Druhým nejčastějším požadavkem bylo vyhnutí se aplikaci farmak (61 %). Lékaři s ženami všechna rizika konzultovali hned několikrát. Přesto si většina z rodiček nepřála jejich podání. Na třetím místě našeho pomyslného žebříčku se umístilo provedení dirupce vaku blan (34 %). Podle dokumentace bylo zřejmé, že ženy často neměly dostatek informací o tomto zákroku a po konzultaci s porodními asistentkami či lékařem často přistoupili k jeho provedení. Zejména v momentě, kdy porod trvala delší dobu. Dalším bodem, který se vyskytoval častěji, bylo preventivní zavedení kanyly. Méně častěji se pak objevovala přání ohledně monitorace plodu, řízeného tlačení či provádění vaginálního vyšetření. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza č. 4, kdy se očekávalo, že nejčastěji ženy uvádějí ve svých sepsaných plánech nesouhlas podstoupit dirupci vaku blan. Výsledkem tedy je, že tato hypotéza je vyvrácena a první místo obsadilo provedení episiotomie.

Po shrnutí výsledků analyzovaných dat je patrné, že porodní plány, které byly do této práce použity, neovlivnily průběh porodu, a to nejen negativně, ale není patrný ani jakýkoliv pozitivní vliv.

8 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem, zda porodní plány, sepsané bez konzultace s odborníky, mohou ovlivnit průběh porodu.

V teoretické části byl nejprve rozebrán popis stavby těla ženy před těhotenstvím a následné změny v graviditě. Změny, kterými žena prochází jsou velmi důležitým, ale především náročným obdobím v jejím životě. Proto zde byly zmíněny i možnosti psychoprofylaktických příprav. V dalších kapitolách a podkapitolách byl stručně popsán vývoj medicíny v oblasti porodnictví od úplného počátku až po současnost. Ve třetí kapitole bylo definováno slovní spojení porodní plán, jakou může mít podobu a jak na jejich psaní nahlízejí lékaři v zahraničí. Následně zde bylo popsáno, jak se ženy snaží najít jistotu v právním systému pomocí dříve vysloveného přání. Nebyla opomenuta ani podkapitola, jaký postoj zaujímají zdravotníci k tomuto novodobému trendu.

Praktická část byla tvořena tak, aby díky ní bylo možné zodpovědět dané cíle. S pomocí personálu porodních sálů a pracovníků v tamním archivu byly získány informace o ženách s porodními plány. Tato data byla poté zanesená do grafů a tabulek, díky čemuž bylo možné získat odpovědi na předem stanovené hypotézy a cíle. Na základě toho bylo zjištěno, že ženy s porodním plánem svůj porod neovlivní ani ve smyslu plus ani minus.

Ženy přicházející k porodu jsou individuální bytosti. Je zřejmé, že každá z nich bude mít jiná očekávání, jiná přání a požadavky. A od porodních asistentek se očekává empatický přístup a pochopení pro taková přání. Takové očekávání je samozřejmé, od toho zde taková profese je. Nicméně si myslím, že sepisování porodních plánů je zcela zbytečné, pokud je přítomna komunikace mezi porodní asistentkou a její rodičkou.

9 Seznam zkratek

PP – porodní plán

Apod. – a podobně

GDM – gestační diabetes mellitus

DM – diabetes mellitus

Tzn. – to znamená

Např. – například

PŽOK – peripartální život ohrožující krvácení

EDA – epidurální analgezie

CTG – kardiotokograf

VEX – vakuum extraktor

10 Seznam grafů

Graf 1: Porodní poranění.....	35
Graf 2: Aplikace analgetik	36
Graf 3: Aplikace analgetik	37
Graf 4: Metody tlumení bolesti	38
Graf 5: Dirupce vaku blan.....	39
Graf 6: Provedení episiotomie	40
Graf 7: Monitorace plodu během porodu.....	41
Graf 8: Řízené tlačení	42
Graf 9: Preventivní zavedení kanyly.....	43
Graf 10: Aplikace farmak	44
Graf 11: Provádění vaginálního vyšetření	45

11 Seznam tabulek

Tabulka 1: Porodní poranění.....	34
Tabulka 2: Metody tlumení bolesti	38

12 Seznam literatury

- 1) BOSTLOVÁ, Monika. Antisepse v průběhu věků. *Zdravi.euro.cz* [online]. Praha: Medical Services, 2010 [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/antisepse-v-prubehu-veku-455700>
- 2) BOUDOVÁ, Petra. Historie porodu od pravěku po novověk. *Florence* [online]. 2015, **11**(10), 43-44 [cit. 2019-04-04]. ISSN 1801- 464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/>
- 3) CIDLINSKÁ, Petra. *Alternativní porody* [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2019-04-04]. Dostupné z: https://theses.cz/id/j1vl3a/diplomka_Cidlinska_konen2.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- 4) ČEPICKÝ, Pavel. *Psychologie ženy: učební text pro střední zdravotní školy obor porodní asistentka*. Praha: Pavel Čepický, 1992.
- 5) DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
- 6) DUIN, Nancy a Jenny SUTCLIFFE. *Historie medicíny: od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart, 1997. ISBN 80-858-7104-1.
- 7) HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 8) HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. ISBN 978-80-264-0755-3.
- 9) PEKAJOVÁ, Jana. *Jak se rodilo dříve a jak se rodí dnes* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/xharu/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
- 10) JAROŠOVÁ, Darja. *Trendy v ošetrovatelství II*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7042-341-2.
- 11) KOPŘIVOVÁ, Darina. Psychoprofylaxe. *Moderní babictví* [online]. 2007, **5**(12) [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=39>

- 12) KUŽELOVÁ, Monika. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičství* [online]. Praha, 2003, (2), 1-4 [cit. 2019-04-04]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=159>
- 13) MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent, c2002. ISBN 80-728-1090-1.
- 14) NEUMANN, Stanislav Kostka. *Dějiny ženy: populárně sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly*. Vyd. 1. v nakl. Otakar II. Praha: Otakar II., 1999. ISBN 80-86355-03-9.
- 15) ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1994. ISBN 978-80-85794-69-4.
- 16) OLMSTEAD, Susan C. Birth plans. *Advanstar Communications Inc.* Ohio, 2017, (2), 26-27. ISSN 0090-3159.
- 17) PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN isbn978-80-7262-893-3.
- 18) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-215-2.
- 19) Porodní plán. *Porodnice.cz* [online]. Praha: Mother-Care-Centrum s.r.o, 2014 [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/porod-a-z/co-je-porodni-plan>
- 20) MOŠOVÁ, Kristina. *Porodní plán-vize a skutečnost* [online]. České Budějovice, 2010 [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: [ps://theses.cz/id/gf2fv4/downloadPraceContent_adipIdno_17062](https://theses.cz/id/gf2fv4/downloadPraceContent_adipIdno_17062). Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- 21) LABUSOVÁ, Eva a Alena FRYDRYCHOVÁ. *Průvodce porodnicemi České republiky*. Praha: Aperió, 2002. ISBN 80-903-0870-8.
- 22) ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Přirozený porod. Porodní dům U čápa* [online]. Praha: Porodní dům U čápa [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>

- 23) RATAJOVÁ, Jana a Lucie STORCHOVÁ. *Děti roditi jest Božské ovotce: gender a tělo v českojazyčné babické literatuře raného novověku*. Praha: Scriptorium, 2013. ISBN 978-80-87271-76-6.
- 24) RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
- 25) ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 26) WHO. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka* [online]. Ženeva, 1999 [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: http://aperio.cz/wp-content/uploads/2018/07/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf

**Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis